

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**“Perceção das mães adolescentes sobre a diferença entre o
bebé imaginário e o bebé real e o seu envolvimento afetivo.”**

Sandra Isabel Santos Miranda

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**“Perceção das mães adolescentes sobre a diferença entre o
bebé imaginário e o bebé real e o seu envolvimento afetivo.”**

Sandra Isabel Santos Miranda

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2014

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que acompanharam toda esta etapa e que tornaram possível a realização do meu projeto.

Ao Prof. Doutor João Justo pela orientação deste projeto, pela disponibilidade, pelo apoio, incentivo, pela ajuda sempre que necessário e partilha de conhecimentos.

À direção da Maternidade Dr. Alfredo da Costa por ter permitido a recolha da amostra de puérperas adolescentes no serviço de obstetrícia.

A todas as puérperas adolescentes deste estudo cuja participação foi imprescindível para a realização da investigação.

Aos colegas e amigas da faculdade pelo companheirismo, troca de experiências, ajuda e bons momentos que me proporcionaram.

Aos meus amigos que me ouviram e me deram alento para continuar.

Ao Duarte pelo apoio e pelo carinho que me deu força e não me deixou desistir.

Aos meus pais, pelo encorajamento, por estarem sempre do meu lado em todos os momentos, pela paciência, pelo carinho e afeto que me transmitiram para continuar nesta jornada.

Resumo

Objetivo: O principal objetivo desta investigação prende-se com a compreensão da percepção das mães adolescentes em relação ao bebé e se tal irá influenciar a ligação e a relação da mãe com o seu bebé. Mais especificamente, pretende-se estudar a percepção de mães adolescentes em relação ao bebé imaginado ao longo da gravidez e ao bebé real, e como a discrepância entre essas duas percepções irá ou não influenciar a relação e o envolvimento emocional da mãe adolescente com o seu filho.

Amostra: Mães adolescentes (N = 33) de bebés entre o primeiro e o oitavo dia de vida, recrutadas no Serviço de Obstetrícia da Maternidade Doutor Alfredo da Costa.

Instrumentos: Após a leitura da folha de informação à participante e a obtenção do consentimento informado, cada participante tinha de preencher, em conjunto com a investigadora, um Questionário Sociodemográfico e Clínico. De seguida, eram-lhe entregues dois questionários: Questionário da Diferença Bebé Imaginário e Bebé Real e Escala de Ligação Mãe-Bebé, sendo, assim, preenchidos por esta ordem.

Hipóteses: Foram testadas três hipóteses específicas em que a variável dependente foi o envolvimento emocional da mãe adolescente relativamente ao seu bebé e a variável dependente foi a percepção materna da diferença entre bebé imaginado e bebé real.

Resultados: Através de análises de regressão, a hipótese específica H1 foi parcialmente confirmada. As hipóteses específicas H2 e H3 não foram confirmadas: Contudo, observou-se que algumas variáveis sociodemográficas desempenham um papel importante ao nível de esta temática.

Conclusões: A subescala Bonding Positivo parece ser explicada pela subescala percepção da mãe acerca da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real ao nível do contexto da atividade do bebé. Os aspetos relacionados com estatuto ocupacional da mãe da participante parecem contribuir para a explicação da subescala Bonding Positivo. Os aspetos relacionados com a escolaridade das mães das participantes e com o estatuto conjugal das participantes parecem contribuir para a explicação do Bonding Negativo, enquanto os aspetos relacionados com o número de semanas com que o bebé nasceu parecem contribuir para a explicação da subescala Bonding Not clear.

Palavras-chave: Envolvimento afetivo; Percepção materna; Bebé real; Bebé imaginário.

Abstract

Objective: The main objective of this research is the adolescent mother's perception towards the baby and its influence on the mother's Bonding to her baby. Particular, we intend to study adolescent mother's perception towards their imaginary baby during pregnancy and her real baby. We also want to understand how the difference between these two perceptions may or may not influence mothers Bonding with their child.

Sample: Adolescent mothers (N = 33) of babies between first and eighth day after birth, recruited at Maternity Hospital Doutor Alfredo da Costa.

Instruments: After reading the Paper of Information so the Participant and Informed Consent obtained, each participant filled, along with the researcher, the *Sociodemographic and Clinical Questionnaire*. Then two questionnaires were given to participant: mother's different perception between imaginary baby and real baby and *Bonding Mother-Baby scale*, filled by this order.

Hypotheses: Three specific hypotheses were tested in which the dependent variable was the adolescent mother Bonding towards the baby, and the independent variable was adolescent mother's perception towards their imaginary baby and real baby.

Results: Through regression analysis, we conclude that specific hypotheses H1 was partially confirmed. Hypothesis H2 and H3 were not confirmed however, we conclude that some sociodemographic variables played a major role in terms of this issue.

Conclusion: The Positive Bonding subscale seems to be explained by the mother's perception about difference between imaginary baby and real baby in the context of baby's activity levels. Aspects related with the occupation of the participant's mother seem to contribute to the explanation of the Positive Bonding subscale. Aspects related with participant's mother's education level and the marital status of the participant seem to contribute to the explanation of the Negative Bonding subscale, as aspects related with the number gestation weeks that the baby was born seem to contribute to explain Bonding Not Clear subscale.

Keywords: Bonding; Maternal perception; Real Baby; Imaginary Baby.

Índice

Capítulo 1. Introdução teórica.....	1
1.1. Gravidez e Maternidade	1
1.1.1. O processo gravídico até ao parto	1
1.1.2. O bebé imaginado e o bebé real	8
1.2. Adolescência	12
1.2.1. Adolescência como fase de ciclo da vida	12
1.2.2. Sexualidade e gravidez na adolescência	18
1.3. Ligação afetiva da mãe ao bebé	24
1.3.1. Nas mães adultas	26
1.3.2. Nas mães adolescentes	27
Capítulo 2: Objetivos e hipóteses gerais	29
2.1. Objetivo	29
2.2. Hipóteses gerais:	29
Capítulo 3: Metodologia	31
3.1. Definição de Variáveis:	31
3.2. Operacionalização das variáveis (instrumentos)	31
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	31
3.2.2. Questionário da Diferença Bebé Imaginário e Bebé Real (Chagas, Maltez & Miranda, 2013)	32
3.2.3. Escala de Ligação Mãe-Bebé (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais, 2005a)	33
Capítulo 4: Hipóteses específicas:	35
Capítulo 5. Delineamento do Estudo de Investigação	37
5.1. Definição da amostra e delineamento da investigação	37
5.2. Procedimento da Recolha da Amostra	37

Capítulo 6: Resultados	39
6.1. População	39
6.2. Testagem das hipóteses	41
6.2.1. Testagem da Hipótese específica 1	42
6.2.2. Testagem da Hipótese específica 2	43
6.2.3. Testagem da Hipótese específica 3	44
6.3.4. Outras Variáveis com Poder Explicativo em relação à Variável Dependente	45
Capítulo 7. Discussão dos resultados e Conclusão	47
Bibliografia	51

Índice de Tabelas

Tabela 1. - Análise de regressão relativamente ao <i>Bonding</i> Positivo como Variável dependente e com escala completa do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real no Modelo 5.	42
Tabela 2 - Análise de regressão relativamente ao <i>Bonding</i> Positivo como Variável dependente e com o Fator 3 no Modelo 5.	43
Tabela 3 - Análise de regressão relativamente ao <i>Bonding</i> Negativo como Variável dependente e com escala completa do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real no Modelo 5.	44
Tabela 4. - Análise de regressão relativamente ao <i>Bonding</i> Negativo como Variável dependente e com escala completa do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real no Modelo 5.	45

Índice de Anexos

Anexo I. Folha de Informação à Participante

Anexo II. Consentimento Informado

Anexo III. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo IV. Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real

Anexo V. Escala de Ligação Mãe-Bebê

Anexo VI. Estatística descritiva das variáveis relativas à participante (dados sociodemográficos e clínicos)

Anexo VII. Estatística descritiva das variáveis relativas à mãe da participante (dados sociodemográficos e clínicos)

Anexo VIII. Estatística descritiva das variáveis relativas ao pai da participante (dados sociodemográficos e clínicos)

Anexo IX. Estatística descritiva das variáveis relativas aos pais da participante (dados sociodemográficos e clínicos)

Anexo X. Estatística descritiva das variáveis relativas ao pai do bebê (dados sociodemográficos e clínicos)

Anexo XI. Estatística descritiva das variáveis relativas à gravidez (dados sociodemográficos e clínicos)

Anexo XII. Estatística descritiva das variáveis relativas ao bebê (dados sociodemográficos e clínicos)

Anexo XIII. Análise fatorial do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real

Anexo XIV. Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real, primeira versão

Anexo XV. Análise da consistência interna do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real

Anexo XVI. Testagem do ajustamento à distribuição normal

Anexo XVII. Análises de regressão relativas a H1

Anexo XVIII. Análises de regressão relativas a H2

Anexo XIX. Análises de regressão relativas a H3

Anexo XX. Autorização da Professora Barbara Figueiredo para o uso da Escala de Ligação Mãe-Bebé

Anexo XXI. Autorização do Centro Hospitalar de Lisboa Central para a recolha da amostra

Anexo XXII. Dissertação “Perceção das mães adolescentes sobre a diferença entre o bebé imaginário e o bebé real e o seu envolvimento afetivo.”

Capítulo 1. Introdução teórica

1.1. Gravidez e Maternidade

1.1.1. O processo gravídico até ao parto

A gravidez constitui um processo complexo não só pela estruturação com que a família se irá confrontar, como também pelas transformações individuais que dela emanam. Estas transformações poderão ser físicas, mas também psicológicas, “biológicas, fisiológicas e sociais que ocorrem ininterruptamente” (Campos, 2000, p.15). É um período de crise do ciclo vital da mulher mas, ao mesmo tempo poderá ser um momento de crescimento e extremamente enriquecedor para esta. Durante todo este processo, uma das tarefas que a mulher deverá realizar será a definição de uma identidade materna própria (Figueiredo, 2005). Tem, assim, como tarefa, reorganizar-se através da criação, negociação e definição de novos papéis (de filha passa a mulher, e de mulher passa a mãe) e funções (Relvas, 2004). Bibring (s.d., cit. por Cordeiro, 2009) salienta que a gravidez constitui uma “crise de desenvolvimento” da qual não há retorno, um adolescente nunca mais voltará a ser criança, a mãe não voltará a ser uma pessoa como ser individual e uma mulher que esteja já na menopausa não voltará a ser fecunda. Não é de admirar que, neste período, a mulher se reaproxime da sua família de origem e, mais especificamente, da sua mãe.

Segundo Brazelton e Cramer (1989/2007), a gravidez reflete toda a vida anterior à concepção, as suas vivências edipianas e a elaboração dos conflitos subjacentes e o seu processo de separação e individualização. O confronto com este conflito infantil poderá gerar sentimentos ambivalentes que podem estar na causa da perda da posição infantil e a mudança de papéis (de filha para a mãe). Assim, a mulher tem que fazer o luto desta posição infantil, para possibilitar o acesso ao lugar materno a partir das identificações infantis (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007).

Assim sendo, a gravidez não é só um crise do ciclo vital, mas também poderá ser uma transição social e psicológica, pois a mulher atingirá novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade (Maldonado, 1976), porém, estas mudanças não terminam após o parto, elas continuam ao longo do puerpério.

Todo o processo da gravidez normal é multifacetado, sendo normalmente constituído por três fases: incorporação, diferenciação e separação (Colman & Colman, 1989/2007).

Contudo, as transformações psicológicas poderão não acompanhar a gravidez biológica, ou as transformações físicas. Embora o desenvolvimento psicológico que ocorre ao longo da gravidez pudesse ser descrito através de fases, que “se iniciam, desenvolvem e terminam, criando soluções para as tarefas antecedentes e oferecendo lugar aos conflitos e tarefas posteriores (Justo, 1994, cit. por Campos, 2000, p.16).

As fantasias e o desejo de maternidade, começam muito antes da concepção propriamente dita. Normalmente, as meninas, quando observam as suas mães como cuidadoras, tendem a imitá-las, pegam ao colo o seu boneco, mudam a fralda ao boneco e brincam aos pais e às mães, assim, uma mãe antes de se tornar mãe, aprende ao longo dos anos de vida, um repertório de comportamentos maternos (Klaus & Kennell, 1992). Mais tarde, a decisão de ter um filho poderá ser resultante da interação de vários motivos, conscientes ou inconscientes; numa tentativa de aprofundar o relacionamento entre o casal, concretizar um desejo de continuidade (seja a nível genético ou pela continuidade do “nome de família”) ou até mesmo uma “competição” entre irmãos (Maldonado, 1976) ou até mesmo uma identificação com os pares de amigos.

No entanto, a gravidez propriamente dita começa na primeira fase - a incorporação – que corresponde ao primeiro trimestre da gravidez. Mesmo antes da confirmação pelo exame clínico, a mulher percebe uma gravidez através das transformações bioquímicas e corporais que assinalam este período. Porém, esta fase começa, normalmente, com a confirmação da mulher sobre a sua gravidez, seja ela desejada ou não. A tarefa mais importante será então aceitar a realidade da concepção, para que possa preparar-se, preparar o organismo e a sua família para a chegada do novo ser, iniciando assim o processo de maternidade apropriado. (Monforte & Mineiro, 2006). Neste período, começam, então, a aparecer os primeiros sentimentos ambivalentes, sentimentos que oscilam entre a alegria, júbilo, receio e o medo. Nos futuros pais existe uma projeção da sua própria infância e dos conflitos travados nesse período, fantasiando sobre os pais perfeitos em que querem tornar-se. Sendo uma tarefa irrealista, desperta sentimentos negativos nos futuros pais. A mulher também pode ressentir-se em perder a sua auto-imagem e de ter de desistir de relacionamentos ou hábitos de vida (Monforte & Mineiro, 2006). Para dominar estes sentimentos, a futura mãe deverá mobilizar defesas, através da idealização e fantasias de modo a encarar a gravidez de forma mais positiva (Brazelton & Cramer, 1989/2007). Por outro lado, estas fantasias poderiam ser uma forma de a grávida

preencher a lacuna de falta de informação sobre o seu bebé, trazendo à memória os seus momentos de infância e projetá-los no bebé (Ilicali & Fisek, 2004).

Quando os sentimentos de ambivalência em relação à sua gravidez forem ultrapassados, a mulher vive e sente o “corpo que era estranho” como parte “integrante de si mesma” (Bibring e colaboradores, 1961 cit. por. Klaus & Kennell, 1992). Vive-se, assim, uma verdadeira simbiose. Assim, do ponto de vista das fantasias, a mãe concebe o bebé como parte integrante de si e a sua atenção é voltada para as transformações que ocorrem no seu corpo, embora sejam transformações ténues. É neste momento que a grávida começa a desinvestir mais no seu meio envolvente, ficando mais introspetiva, mais centrada em si mesma, desviando a sua energia para o futuro bebé (Brazelton & Cramer, 1989/2007; Campos, 2000; Mascoli, 1990; Monforte & Mineiro, 2006). Através desta introspeção, a grávida começa a pensar no seu novo papel, no papel de mãe e começa a questionar-se sobre a sua capacidade para desempenhar esse mesmo papel, havendo por parte da grávida uma reaproximação aos modelos maternos. A mulher pode, então, sentir necessidade de visitar e questionar a sua mãe sobre a sua infância ou partilhar as suas dúvidas com as amigas ou vizinhas sobre a experiência da gravidez, do nascimento e de ser mãe. Esta partilha constitui “uma forma da mulher se inserir num grupo social e que vai fornecendo pontos de referência e de comparações” (Monforte & Mineiro, 2006).

A segunda fase do processo gravídico corresponde ao processo de diferenciação que coincide com o segundo trimestre da gravidez. Esta constitui uma das fases mais calmas, os enjoos e vômitos já não persistem, as ameaças de aborto estão ultrapassadas, a grávida começa a aceitar a realidade.

É durante este período que surgem os primeiros movimentos fetais dos quais a mãe vai apercebendo de que o bebé é um outro ser independente, dando lugar à diferenciação entre o bebé e o Eu da mulher. São estes movimentos que permitem à mãe fantasiar e imaginar o seu bebé. Surge, então, o bebé imaginário. Através da interpretação dos movimentos fetais a mãe começa a atribuir certas características pessoais ao feto (Maldonado, 1976). A mãe, antes das ecografias, tenta adivinhar o sexo do seu bebé, vai interpretar os seus movimentos como características individuais, ou seja, o seu bebé “está a ganhar características e a ter uma identidade inventada” (Campos, 2000, p. 18), um indivíduo separado dela própria (Colman & Colman, 1991/1994). Este processo torna-se

mais rico, à medida que as transformações corporais e biológicas maternas ocorrem. À medida que se constrói este bebé no imaginário da grávida, esta começa a acariciar o feto através da região abdominal materna e a falar, ou até mesmo cantar, para o bebé, constituindo assim uma forma de relação e de comunicação (Sousa, 2004), de uma relação com “*movimentos recíprocos*”. Cordeiro (2009) afirma que a alimentação constitui uma das formas mais privilegiadas de comunicação mãe-feto. Porém, fantasiar o seu bebé poderá trazer consigo sentimentos mais negativos, como a ansiedade desencadeada pelo desconhecido (Mascoli, 1990), uma ansiedade que poderá vir da fantasia de um feto malformado, ou o desejo de determinado género. Maldonado (1976) afirma ainda que ao fantasiar o seu bebé através das interpretações dos movimentos fetais poderá trazer ambivalência face às reações maternas; por um lado a mãe poderá sentir alívio por sentir os movimentos fetais, sinal que o bebé está vivo, por outro lado, a mãe poderá não conseguir perceber os movimentos, aumentando a ansiedade dela e o medo de que algo não esteja totalmente bem com o seu bebé.

As ecografias tornam-se frequentes neste período de tempo, e com o evoluir das tecnologias, este tipo de exame torna-se cada vez mais sofisticado, sendo atualmente possível ver a imagem do feto em 3D ou em 4D. Este evoluir remete-nos para uma questão pertinente: Será que as ecografias poderão dissolver o bebé imaginado? Soulé (1992, cit. por Sousa, 2004) afirma que a ecografia consiste numa “interrupção voluntária de fantasmas”, ou seja, este tipo de exame poderia inibir o desenvolvimento de um bebé imaginário. Contudo, Boyer e Porret (1991) concluíram que as ecografias não dissolvem o imaginário dos pais, mas que podem acelerar este processo. “Pode-se entender que a ultrassonografia propicia a evocação de imagens de memória e também imagens imaginárias” (Gomes & Piccinini, 2010, p. 145) dos quais as mães conjugam estas novas informações e visualizações sobre o seu feto para confirmar e/ou fantasiar o que já existia deste bebé imaginado. Além disso, a visualização do seu bebé, contribui para um aumento de ligação ao feto (Atluru, Appleton, & Plavsic, 2012; Gomes & Piccinini, 2010; Ji et al., 2005).

Em relação ao tipo de ecografia (2D, 3D ou 4D), parece que em comparação às imagens em 2D, as ecografias de 3D permitem uma maior tranquilidade às mães sobre a saúde do bebé e proporcionam-lhes mais satisfação e prazer (Ji et al., 2005). Comparativamente às imagens 3D e 4D, não existem grandes diferenças, pois ambas garantem um aumento na ligação ao feto (Atluru et al., 2012).

Neste período, a grávida desinveste mais em si, toda a energia volta-se para o outro e a grávida começa a reavaliar todas as suas relações do passado e do presente com os seus pais, sobretudo com a sua mãe, durante a sua infância e adolescência (Colman & Colman, 1991/1994). São frequentes os números de visitas e de telefonemas, os pensamentos sobre os pais bem como a educação dada por estes. Para que a grávida possa construir e sentir-se bem com a sua identidade materna, é necessário que ela integre as experiências que teve como filha, sejam elas positivas ou negativas. A realização desta tarefa é importante porque permite à mulher afastar-se de posicionamentos extremos ou adquirir a capacidade de identificar comportamentos positivos que considera adotar e rejeitando os que considera disfuncionais (Canavarro, 2001).

A grávida sente que não possui controlo no seu corpo e em todas as alterações físicas que decorrem da gravidez. Ao mesmo tempo, pode sentir que os seus atributos físicos estão a desaparecer e, assim, receia ficar vulnerável e consequentemente, pode ter medo de perder o amor e o desejo do marido. Necessita, assim, de todo o apoio e afeto por parte do seu cônjuge bem como a partilha de experiências e acontecimentos desconhecidos geradores de ansiedades, o interesse de todos os momentos da gravidez e dos preparativos para o parto (Colman & Colman, 1991/1994). Nesta fase, então, seria necessário reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge através de uma flexibilização de papéis, do conjugal e do parental.

O último trimestre da gravidez corresponde à fase de separação. Consiste em duas noções de separação. Primeiramente, os pais, neste período, encaram o feto como um ser separado e real. Por outro lado, começa-se a pensar na separação que vai ocorrer no momento do parto. Esta separação, antes de ser uma separação biológica, deverá ser uma separação psicológica, face à qual a mãe deve consciencializar-se que o feto é um ser real e distinto dela. Desta forma, durante este período os sentimentos sentidos pela mãe, são geralmente contraditórios; por um lado aumenta a ansiedade de ter o filho nos braços e terminar a gravidez, mas por outro lado, há uma vontade de prolongar a gravidez, adiando as adaptações exigidas com a vinda de um bebé (Maldonado, 1976).

Neste período, a mãe investe numa personificação do bebé, para que quando ocorrer o parto, este não seja totalmente estranho. Também deverá fazer uma individualização do seu bebé, para que durante o parto a separação não seja sentida como uma perda de uma parte de si. A mãe deverá fazer o luto de um bebé que imaginou e fantasiou e aprender a

aceitá-lo e amá-lo. Este luto, por vezes, poderá ser rapidamente ultrapassado, pois a beleza do bebé real sobrepõe-se à beleza de um bebé imaginado. É nesta altura que a mãe realiza planos concretos como pensar em nomes, reunir o enxoval ou preparar o quarto (Brazelton & Cramer, 1989/2007).

Com o aproximar da hora do parto, há um aumento da ansiedade e de um novo sentimento de ambivalência. Por um lado, existe o desejo de ter nos braços o seu bebé, de o ver e de terminar a gravidez. Contudo, por outro lado, aparecem novamente os medos, as fantasias, sonhos (Cordeiro, 2009) à volta do feto e de perturbações que podem ocorrer durante o trabalho de parto. Gibbins e Thomson (2000) verificaram que o maior receio das mulheres durante o trabalho de parto eram as complicações relacionadas com a saúde e bem-estar do seu bebé, ou que alguma anormalidade pudesse acontecer.

A ansiedade é vivida em relação ao momento do parto, que é um momento irreversível, imprevisível, desconhecido e do qual ela não tem controlo (Monforte & Mineiro, 2006). Assim, o momento do parto poderá “representar um ganho relacional e ao mesmo tempo representa uma perda perdida na medida em que retira à mãe os benefícios de estar grávida” (Justo, 1994, cit. por Campos, 2000, p.18). A ansiedade também poderá ser decorrente do medo das dores de parto. Embora existam avanços tecnológicos nesta área, as mulheres ainda acarretam o peso da ideia de que todo o nascimento de uma criança consiste em dores de parto. Esta ideia geradora de ansiedades e medos inconscientes leva a grávida a ter medo da dor do trabalho de parto. Contudo, no estudo realizado por Gibbins e Thomson (2001), verificou-se que as mulheres que tinham mais apoio dos cônjuges, conseguiam lidar melhor com o trabalho de parto. Assim, o acompanhamento dos cônjuges permitiria à mulher sentir-se mais segura e apoiada sobre os seus receios. Outro meio, que os mesmos autores enunciaram, para redução da ansiedade e dos medos, consistia numa recolha de informações em diversas fontes sobre a temática, permitindo assim que a grávida tomasse decisões e escolhas mais acertadas e informadas e, conseqüentemente, dar-lhe uma maior sensação de controlo.

Estes sentimentos ambivalentes vão levar a mulher a desinvestir, novamente, no meio envolvente, permitindo-lhe “o estabelecimento de um laço afetivo com o recém-nascido que visa a adaptação e identificação às necessidades do seu filho” (Monforte & Mineiro, 2006, p. 22).

O processo gravídico culmina com a aproximação do momento do parto. Durante todo este processo, a mãe teve que se adaptar ao seu estado de gravidez, agora, deverá passar novamente por outro processo de adaptação. Este período consistiu no fim da simbiose vivida pela mãe até então, ou seja, “consiste na separação de dois organismos que até ao momento viveram juntos numa relação de total dependência e de íntimo contacto permanente” (Soifer, 1986, p.51). Os sintomas de que este período está para chegar variam de mulher para mulher e é impossível determinar exatamente quando começa. São várias alterações fisiológicas que ocorrem e, conseqüentemente, também vão se dar algumas alterações psicológicas, porém um dos sintomas mais fáceis de ser detetado são as contrações, nomeadamente a mudança das contrações fisiológicas uterinas para as contrações de dilatação.

Durante o processo de parto existem três períodos: o período de dilatação, o período de transição e o período expulsivo (Colman & Colman, 1991/1994; Soifer, 1986). No período de dilatação, o colo do útero tem ser apagado e mantido aberto pelas contrações musculares do resto do útero. As contrações ocorrem em intervalos mais pequenos e com maiores durações, podendo ser percebidas pela dor e endurecimento da barriga, entrando assim na fase ativa. É nesta fase que as mulheres tomam consciência de que o parto está a ocorrer e que este é irreversível. Por vezes, as dores podem provocar angústia levando a paciente a adotar condutas inadequadas (Soifer, 1986) ou um desejo de que o parto acabe rapidamente. Podem surgir alguns terrores e angústias sobre o trabalho do parto ou até mesmo sobre o nascimento. Esta fase termina quando o útero fica aberto e quando o bebé começa então a mover-se através dele.

O período de transição culmina com o processo de dilatação. Neste período, o feto apoia a cabeça no soalho pélvico, aumentando assim a pressão dentro da barriga. Esta pressão poderá produzir estímulos de tipo reflexivo evacuativo. Aqui as mulheres não sabem se o parto irá mesmo acontecer ou se será uma simples defecção. As mulheres vivem esta confusão como algo vergonhoso pois, caso haja defecção, está é realizada diante testemunhas (Soulé, 1987). Esta confusão é acompanhada com fenómenos de despersonalização e estranheza.

O período de expulsão consiste no parto em si. A chegada à sala de partos provoca na mulher um sentimento de ansiedade que se pode manifestar através de alterações psíquicas, físicas, no comportamento social, etc.. Por um lado, a mulher deseja despachar

o parto o mais depressa possível, porque está preocupada com o bebé (Colman & Colman, 1991/1994). Por outro lado, “existe uma fantasia de esvaziamento de si mesmas, que intensificada, pode criar obstáculos à colaboração e determinar a inibição do trabalho uterino” (Soifer, 1986, p.59). Esta fantasia poderá também trazer sentimento de castração, do qual a mulher não só se sente com um vazio no ventre, como também se sente privada de uma relação libidinal, corpo a corpo vivida até então. De agora em diante, a mulher também perderá o seu sobrevalor social como grávida; todos os olhares e atenções dirigidas a ela durante a gravidez, serão agora reorientados para o novo ser. A esta ferida narcísica, que ocorre de uma maneira particular, Soulé (1987) chama de “vivência de castração”. A mulher então terá que abandonar a sua relação fantasmática privilegiada com o seu filho e as suas fantasias de perfeição e de onnipotência fomentadas pela gravidez e, assim, adaptar-se às características específicas do novo bebé (Brazelton & Cramer, 1989/2007; Soulé, 1987). A presença do marido na sala de partos tem, assim, um importante papel na recuperação da identidade perdida pela mulher e é sentido como uma fonte de apoio (Gibbins & Thomson, 2001).

O parto termina com a expulsão da placenta e caso haja episiotomia, a parturiente tem que ser cozida. O bebé finalmente está cá fora, ele é limpo e examinado pelos médicos. Por fim, após todo um processo doloroso e prolongado, a mãe terá o seu filho nos seus braços, deixa-se fascinar por este novo ser e envolve-se com ele.

1.1.2. O bebé imaginado e o bebé real

As representações parentais sobre o bebé têm sido alvo de investigação de vários autores, tanto psicanalistas como psicodinâmicos, devido à sua grande contribuição na determinação da relação mãe-bebé. Normalmente, é com o início da gravidez que os futuros pais vão representar, na sua mente, o feto. Porém, e citando, Sá e Biscaia (2004), um bebé não nasce após os 9 meses de gravidez, mas nasce quando nasce na imaginação dos pais.

Estas representações poderão envolver atribuições, fantasias, características físicas ou psicológicas e medos/desejos. Contudo, no início da gravidez, dada a escassez de pistas sobre o seu bebé, a mulher grávida poderá imaginar não só o seu bebé numa forma humana, como também numa forma de um bebé socialmente caracterizado e ainda como forma de animal (Raphael-Leff, 2001). Por outro lado, também poderá haver uma representação da mãe sobre si mesma na sua nova função de maternidade, havendo deste

modo dois tipos de representações, uma representação de si e outra do objeto (Ammaniti et al., 1992). Ainda, Sá e Biscaia (2004) afirmam que as mães, no primeiro tempo de gravidez, desenha sobretudo a ela, como se pudesse imaginar o bebê como um espelho seu. Estas representações poderão ser diferentes entre o pai e a mãe, ambos poderão ter desejos, preferências diferentes, embora muitas vezes não partilhem essas fantasias enquanto casal (Raphael-Leff, 2001). Contudo, progressivamente a gravidez vai existindo na “cabeça” da mãe, e um bebê imaginário vai-se gerando ao longo de todo o processo gravídico (Sá & Biscaia, 2004).

As representações parentais podem também ser dominadas por interações imaginárias, as quais são desenvolvidas a partir das fantasias dos pais sobre a maternidade/paternidade, sobre a sua vida emocional e dos parentes mais íntimos (Brazelton & Cramer, 1989/2007). Desta forma, a forma como a mãe se vê no papel maternal, vai influenciar a forma como ela vai imaginar o seu bebê, como por exemplo se as representações maternas forem de uma mãe protetora, carinhosa e recetiva, a imagem correspondente à criança seria de um bebê calmo, fácil e inteligente (Ammaniti et al., 1992). Por outro lado, as representações das crianças poderão ser modeladas pelas necessidades narcísicas dos pais, pelas tentativas de restabelecimento de relações passadas, de expectativas e ideais (Brazelton & Cramer, 1989/2007). Na gravidez, a mãe faz um “sobreinvestimento narcísico daquilo que é sentido como uma produção endógena, como algo que vem acrescentar-se ao próprio corpo” (Aulagnier, 1990 cit. por Ferrari, Piccinini & Lopes, 2006). A gravidez proporciona, então, uma recompensa narcísica para a mãe, porque durante esse período ela sente-se privilegiada socialmente, de sentir o seu corpo cheio e poderoso. Assim o bebê é investido como objeto privilegiado do desejo da sua própria mãe, como um prolongamento de si própria, “é um outro-ela-mesma satisfatório” (Soulé, 1987, p.136) e, para tal, irá imaginar o bebê como uma possibilidade de cumprir o seu ideal (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2006), ou seja, em simultâneo, o bebê será como ela mesma e também como ela nunca foi. À medida que este filho cresce na mente da mãe, também aumentará o tamanho da barriga e, por consequência, a mãe poderá ostentá-la com orgulho (Brazelton & Cramer, 1989/2007). Por outro lado, durante a gravidez, a mãe vivencia uma relação de simbiose com o seu filho, transformando assim um período propício ao desenvolvimento de fantasias e sonhos sobre a união. A este desejo de união com o filho, a mãe regressa ao seu passado, à sua

infância, de quando tinha uma relação única com a sua mãe, aliando-se assim um desejo de uma nova união com a sua mãe (Brazelton & Cramer, 1989/2007).

Por vezes, os pais sonham ou imaginam os seus filhos como um objeto que irá realizar todas as suas potencialidades adormecidas neles, um filho que não falha nas fraquezas dos seus pais, que irá realizar todos os projetos que os pais não realizaram, sendo então um bebé imaginado do qual acarreta todo o ideal do ego dos seus pais. Soulé (1987) descreve que este bebé imaginado, é um bebé onipotente, do qual acarreta todas as qualidades, capaz de satisfazer todos os desejos maternos e carregar o mundo com as suas mãos.

Na mesma linha, Lebovici (1995), autor de referência para o tema, destaca que existem quatro tipos de crianças no psiquismo materno, constituídas na gestação e que se irão transformar e modificar ao longo da gravidez e a partir do nascimento do bebé e da relação diádica que se vai estabelecer. Estas representações poderão ser identificáveis através dos diálogos das mães, da sua vida fantasiosa e de associação, pois é a partir destas formas que a mãe vai criar, perceber e atribuir as características ao seu filho. Para o autor existe, assim, o bebé imaginado, o bebé fantasiado, o bebé mítico e o bebé narcisista. Segundo Lebovici (1995), o bebé imaginado correspondia a um bebé fruto de um desejo da maternidade e da gravidez e que iria ser construído ao longo desta, “sendo o bebé dos sonhos diurnos e das expectativas” (Piccinini, Ferrari, Levandowski, Lopes & Nardi, 2003). Este bebé resultaria também das interações entre mãe-feto, quanto maior fosse a intensidade do investimento afetivo, maior seria a atividade de imaginar o seu bebé (Ammaniti et al., 1992). No psiquismo da mãe, irá desenvolver-se, então, um bebé com um futuro planeado, com um nome (real ou um nome carinhoso) quando se refere ao feto e o modelo desse mesmo filho (Lebovici, 1988). O bebé fantasiado, ou de fantasia, correspondia a um bebé oriundo das fantasias de infância dos seus pais, principalmente das vivências edipianas e pré-edipianas da mãe (Lebovici, 1988, 1995). O bebé mítico corresponde a todas as representações sociais de um bebé, a uma imagem típica e socialmente utilizada pela sociedade. Segundo Lebovici (s.d, cit. por Sousa, 2004), o bebé fantasmático organiza-se através de identificações primárias, ou seja, são-lhe atribuídas características dos seus pais ou dos seus avós. Já o bebé imaginário possibilitava identificações secundárias, ou seja, haveria um reconhecimento dos aspetos idiossincráticos do bebé. O primeiro proporcionava uma ligação e aproximação dos pais aos seus novos papéis e, conseqüentemente, ao bebé, enquanto o segundo permite desenvolver o processo de separação, individualização e diferenciação do bebé (Sousa,

2004). O bebê narcísico, vai muito de encontro ao que Brazelton e Cramer (1989/2007) descrevem. Um bebê que permite aumentar o valor narcísico dos pais. Apesar de serem quatro tipos de representações do bebê, elas podem complementar-se numa única dimensão. Os autores acima referidos indicam que o bebê começa a ter uma representação no espaço mental dos seus pais após a confirmação da gravidez.

Raphael-Leff (2001) considera que uma mãe constrói o seu bebê na sua mente após alguns meses de gravidez, quando sente os seus primeiros movimentos, sendo modificada ao longo do tempo essa mesma representação. A mudança das representações poderão ocorrer após uma ecografia ou dos movimentos que o feto efetua ao longo da gravidez. Por outro lado, as mudanças de representações poderão ocorrer à medida que as mudanças corporais da mãe também surgem. Estas modificações levam a entender que a mãe é capaz de “simbolizar as modificações físicas em função de uma produção subjetiva” (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007, p.308). A título de exemplo, um estudo realizado por Lara-Carrasco, Simard, Saint-Onge, Lamoureux-Tremblay e Nielsen (2003) verificara que é no último trimestre que as representações e os sonhos das grávidas em relação ao seu filho são sonhos mais mórbidos e que algo poderá acontecer de mau ao seu bebê, não sendo tanto uma criação das características do seu bebê.

Segundo Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), num estudo realizado com gestantes primíparas no último trimestre, constataram que o sexo, o temperamento e a interação mãe-bebê são fatores que estão ao serviço da representação materna sobre o bebê. No que consta ao sexo, as mães mostraram certa preferência sobre um determinado sexo, mas quando este não se confirmava, não haveria um sentimento de culpa por partes delas. Além disso, ao saber o sexo do bebê, as mães atribuíam a este, características físicas semelhantes ao progenitor do mesmo sexo (Piccinini et al., 2004). Quando ao temperamento e interação, as mães reconheciam que atribuíam mais características psicológicas e comunicavam mais com o seu feto quando percecionavam mais movimentos fetais (Piccinini et al., 2004). Contudo, na ausência desses mesmos sinais, os pais criam no seu psiquismo uma imagem do seu bebê através das suas esperanças, desejos e preferências.

A mudança das representações maternas permitia então que a mãe não ficasse presa a uma imagem estagnável, total e intocável do bebê, permitindo assim um menor choque ao confrontar-se com uma imagem do bebê real, ou seja, permite que ela se prepare para as

divergências entre o real e o imaginário. Segundo Stern (1997, cit por. Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007), é no final da gravidez que há uma escassez destas representações, pois a mãe precisa de preparar-se para a chegada de um bebê real. Contudo, face a estas mudanças, ainda a mãe deverá elaborar um luto no que consta à perda do bebê imaginado e o confronto com o bebê real, do qual ela foi construindo um vínculo ao longo da gestação. A elaboração do luto permite que a mãe tenha espaço na sua vida mental para o novo bebê, o bebê real, capaz de introduzir, novamente, nesse bebê desejos, projetos, sentimentos e ligação. A elaboração do luto poderá ser prejudicada se a criança imaginada for cuidadosamente mantida em segredo e, assim, as fantasias podem ser patogénicas quando o filho nascer, caso sejam fantasias reprimidas e projetadas na criança durante a interação precoce (Bydlowski, 2001). Também poderá ser prejudicial caso o bebê real seja dececionante para os pais, podendo causar patologias no vínculo (Pearce & Ayers, 2005), nas relações iniciais e ligações afetivas. Nestes casos, parece que o bebê imaginado poderá permanecer idealizado e o bebê real seria uma fonte de desencanto. Se isto ocorrer, o filho real nunca terá lugar na vida psíquica da mãe e será afastado de uma boa comunicação, percepção e reação dos pais a ele. Um bom preditor para que os pais não se sintam nem desapontados nem frustrados com as características do bebê real, consiste na capacidade dos pais considerarem, ao longo do tempo, o seu bebê como um ser individual e único (Brazelton & Cramer, 1989/2007). Contudo, um estudo realizado por Ilicali e Fisek (2004) veio contradizer esta predisposição. Segundo os autores, as mulheres grávidas atribuíram, durante a gravidez, características mais próximas das características reais. Podendo ser assim um bom prognóstico para o desenvolvimento da identidade materna e para uma boa ligação entre mãe-bebê após o nascimento.

1.2. Adolescência

1.2.1. Adolescência como fase de ciclo da vida

A puberdade refere-se ao conjunto de alterações físicas e biológicas produto de uma maturação ao longo vida do sujeito e que marcam o início de uma importante etapa: a adolescência. A este desenvolvimento biológico caracterizado pelo aparecimento dos sinais pubertários determinados geneticamente associa-se o desenvolvimento psíquico na adolescência. Embora a adolescência possa iniciar-se com a puberdade, autores

importantes, como Freud (cit. por Delarouche, 2005/2006), acabaram por assimilar a puberdade a adolescência. Assim, a adolescência seria um processo psicológico de adaptação à condição de pubescência, não sendo de estranhar a sua etimologia que descende da palavra do latim “*adolescere*” (ad = para e olescere = crescer), estando deste modo implícito a noção de crescimento (Traverso-Yépez & Pinheiro, 2002), mas também de desenvolvimento humano e do Eu, bem como o amadurecimento psíquico e emocional.

A adolescência é, então, uma etapa do desenvolvimento crucial para a passagem para a vida adulta, do qual o adolescente se depara com certas tarefas de desenvolvimento que permitem o seu crescimento. Desta forma é um processo de constantes mudanças, da qual a transformação é a palavra de ordem. Assim, a adolescência é vista como um período de conflitos e agitações, da qual ocorrem mudanças a nível social e individual, que irão implicar vários desafios ao indivíduo e que irão ter consequências na vida adulta. Desta forma, ou o adolescente vive o risco inerente ao desenvolvimento, abrindo-se à mudança e descobrir quem é, ou então poderá viver no impasse através do *acting* e ficando parado na impossibilidade de crescer.

As tarefas de desenvolvimento das quais o adolescente tem que aceitar e enfrentar são variadas. Numa perspetiva desenvolvimental, o adolescente deverá fazer o luto do seu corpo infantil e aceitar, reconhecer e usufruir do corpo erótico (do auto-erotismo à genitalidade), adaptar-se, ajustar-se e reconhecer no seu papel social de masculino ou feminino, construir uma nova síntese identitária com um sistema de valores e normas, mudar de objetos e de objetivos e ultrapassar um novo processo de separação e individualização da sua fonte de segurança, investindo deste modo em novas relações de objeto.

É na adolescência que se dá a consolidação da identidade, seja ela social ou individual, contudo, até se tornar uma identidade cristalizada e definitiva, haverá fluxos, “momentos temporários de desequilíbrios e de substituição rápida” (Marcelli & Braconnier, 1983/2005, p.59) de difusões e crises de identidade e identificações que vão depender tanto dos fatores internos como externos. Desta forma, não poderemos aludir à identidade que o adolescente constrói como algo estático e acabado, mas algo que está em constante mudança (Traverso-Yépez & Pinheiro, 2002). A identificação é o processo que permite que se forma a identidade, pois toda a identidade é resultado das várias tarefas

identificatórias (Coimbra de Matos, 1996). As identificações constituem um processo inconsciente do qual se foram formando e assimilando ao longo das relações que se foram estabelecendo com o objeto (relações pessoais significativas) e que, ao longo do tempo, se transformam (Braconnier & Marcelli, 1998/2000). É, então, a qualidade deste tipo de relação, o amor e o investimento afetivo destes objetos que vão constituir uma identificação primária (Coimbra de Matos, 1996; Matos, 2005), sendo a base da constituição da identidade psíquica e o núcleo das identificações e identidades posteriores, como as identificações secundárias. As identificações secundárias, segundo Delarouche (2005/2006), constituem a apropriação do sujeito dos caracteres masculinos ou femininos que decorrem na fase edipiana e de que são resultantes.

Como na adolescência se verifica um grande desenvolvimento e mudança corporal físico e biológico, o adolescente depara-se com uma mudança de toda a sua identidade sexual, ou seja, a identidade sexual que lhe foi atribuída antes do nascimento, neste período de tempo será, por via da normalidade, continuada e representada de acordo com toda a sua identidade biológica (Matos, 2005). Esta identidade sexual do sexo da criança, está primeiramente na cabeça dos pais e é ao longo do desenvolvimento que eles incutem mensagens, conscientes ou inconscientes, de um *imago* de rapaz ou rapariga ao seu filho/a. A este processo de identificação primária, Coimbra de Matos (1996, 2012), designa-a de identificação imagoico-imagética, da qual o processo de identificação do indivíduo passa pela incorporação-assimilação, ou seja, toda a identificação passa por um processo de espelho da qual o objeto/pais devolve para a criança a sua imagem.

É ao longo do seu desenvolvimento (por volta do ano e meio aos três anos) que a criança toma consciência que existem dois sexos diferentes e o rapaz e a rapariga identificam-se à sua imagem assexuada observada, reconhecida e assumida. Este tipo de construção da identidade é a identificação idiomórfica (Coimbra de Matos, 1996, 2012). Posteriormente, na fase edipiana, a criança constrói a sua identidade com base em modelos de identificação, ao qual Coimbra de Matos (1996, 2012) designou de identificação alotriomórfica ou xenomórfica. Embora na adolescência haja uma dissolução das camadas de identificação mais primitivas, o adolescente estabelece outro tipo de identificações, agora num espectro mais amplo; não é uma identificação a modelos mais próximos como os pais, mas uma identificação sobre os seus pares, ídolos ou por influência dos estereótipos dos *mass media* (Matos, 2005).

Ao entrar na puberdade, o púbere confronta-se com uma ambivalência: tem um corpo possível para o exercício sexual, porém tem ainda imaturidade psíquica para o fazer. Esta ambivalência acrescenta um ataque ao seu narcisismo. Ora a menina tem medo de não ser desejada e o menino tem medo de não ser capaz; de não estar à altura (Matos, 2005). Assim os jovens interrogam-se sobre as suas capacidades e da sua identidade sexual. Quando não conseguem suportar estas incertezas, por vezes agem através do *acting-out*, como por exemplo a gravidez de um púbere. Na adolescência, então esta ambiguidade difunde-se e a sua identidade sexual vai ser modulada e amplificada através das suas fantasia do estilo sexual e amoroso que o adolescente quer adotar, “é a experiência afectivo-sexual com o par amoroso” (Coimbra de Matos, 2012, p. 228).

Não se pode esquecer que a adolescência é o período mais sensível da construção da identidade no ser humano, sendo neste período que se reformula a sua visão de si mesmo, de todas as suas características idiossincráticas, de todas as representações que têm do seu *Self* corporal e *Self* mental (Coimbra de Matos, 2012) bem como as dos objetos de amor. Devido a estas flutuações na sua reorganização pessoal e relacional, haverá um risco de maior vulnerabilidade, quando este não pode viver estas mesmas transformações. Não conseguindo lidar com esta situação, e pela incapacidade de pensar nelas, o adolescente poderá aumentar os seus comportamentos de risco seja através do corpo ou do agir.

Característica, também, deste período de mudança é a dicotomia entre autonomia e independência/dependência do qual o adolescente se depara. Há um desejo do adolescente em se tornar autónomo, de ir à procura de abraçar a mudança, mas por outro lado, existe um medo de deixar o conhecido, deixar “o ninho seguro”, de investir do novo e desconhecido, o “adolescente fica preso, entre o passado e futuro, entre a infância e a idade adulta” (Marcelli & Braconnier, 1998/2005, p.77). Se a nova realidade for experimentada como suficientemente atrativa e gratificante para compensar a perda, o adolescente começa então o processo de separação e individualização. Este processo está muito associado ao processo de identificação e identidade anteriormente descrito. Na adolescência, os pais perdem a sua função parental e de primeiros objetos, tanto de amor como de identificação, para a conquista de outros objetos, uma líbido dirigida a parceiros mais velhos e pela escolha de um par amoroso ou sexual, “logo a mudança do objeto protetor e incestuoso para o objeto contemporâneo, escolhido e exogâmico” (Coimbra de Matos, 2012, p. 147). Este processo de desinvestimento libidinal do objeto de amor primário remete para um luto, uma perda que o adolescente tem que ultrapassar, um

desidealizar fantasmaticamente os pais (Braconnier & Marcelli, 1998/2000). Este segundo processo de separação e individualização dos objetos primários permite também que o Ego amadureça e que se solidifique uma parte da sua personalidade. Isto ocorre porque aquando da “renúncia dos laços objetivos infantis arrasta à perda dos conteúdos do Super-Eu (...) e de uma parte da sua própria personalidade” (Cordeiro, 2009, p.214). Caso haja alguma problemática neste processo, poderá dar azo a uma perturbação psíquica, ou poderá ter um comportamento mais de *acting-out* (passagem ao ato) e projeção agressiva caso não consigam tolerar o sofrimento.

Em termos práticos, este processo de separação e individualização, normalmente, corresponde a tentativas mais agidas e ditas rebeldes dos adolescentes, uma tentativa de procurar e pôr à prova os limites. Estes limites poderão ser limites corporais (como na forma de vestir como forma de reivindicar alguma coisa ou como forma de expressão, as suas necessidades fisiológicas, as alterações corporais como tatuagens e piercings e nas suas realizações físicas), limites intelectuais e limites sociais (como por exemplo ultrapassar a hora que os pais impuseram como hora de chegada) (Braconnier e Marcelli, 1998/2000).

Com o movimento de afastamento face aos pais, o adolescente vira todo o seu investimento para outras relações extrafamiliares. Nestas mesmas relações todas as suas necessidades já não serão totalmente satisfeitas como outrora foram, o adolescente tem que ter a capacidade de deslocar as suas necessidades para relações com, e para com os outros. A partir de agora, só uma parte das suas necessidades irá ser satisfeita pelo exterior. Durante este período de desenvolvimento, é essencial que se expanda e desenvolva uma rede social diversificada não só com sujeitos da mesma faixa-etária mas também com outros adultos. Esta expansividade nas relações sociais permite, não só, realizar um movimento de individualização e separação face aos objetos primários, mas também permite uma definição e descoberta dos papéis e estatutos sociais viabilizando uma partida para as experiências (Braconnier & Marcelli, 1998/2000). Esta abertura ao espaço social permite também ao adolescente interrogar-se sobre os seus objetivos e desejos. Começa, então, a delinear os planos para o futuro, a questionar o amor do outro sobre si e a moldar as suas características psicológicas.

Associado a esta abertura ao espaço social e à sua identidade, o adolescente tem que lidar com todas as modificações corporais que este processo impregna. Para o adolescente

corresponde a uma maneira de estar no mundo, encontrando-se no centro das trocas relacionais e no registo da atividade fantasmática (Marcelli & Braconnier, 1998/2005) e, por vezes, implica uma nova busca de identidade (Campagna & Souza, 2006). Estas imagens corporais do adolescente poderão ser uma forma de reivindicação, de marcar presença ou por identificação aos pares ou a ídolos que muitas vezes são internalizados sem serem mentalizados (Campagna & Souza, 2006), ou seja, uma forma de marcar a diferença mas, ao mesmo tempo, procurar a semelhança. Assim, o corpo é uma forma que o adolescente encontra para estar e de comunicar no e com o mundo. Desta forma, o corpo não poderá ter alguma anomalia. Porém, com todas as transformações morfológicas pubertárias e o aparecimento da maturidade sexual, os adolescentes questionam a sua imagem corporal, questionando-se constantemente “se é normal” (Marcelli & Braconnier, 1998/2005). Não é de estranhar então o tempo que eles passam à frente de um espelho a apreciar-se e avaliar-se, achando-se bem ou mal, consoante a moda em voga ou os seus modelos de identificação. Desta forma, o corpo constitui um objeto de investimento e a imagem espelhada e construída dele seria um produto desse mesmo investimento, um objeto que deverá ser mantido intacto e salvaguardado, pois é ele que desencadeará toda a vida social, interna e externa do adolescente. Um ponto fixo para se formar uma personalidade, um marcador dos limites entre o dentro e fora. Um corpo cuja imagem não seja suficientemente satisfatória ou com uma perceção negativa, seria alvo de descargas motoras agressivas, um meio para a passagem ao ato que não possibilitaria a elaboração mental (Marcelli & Braconnier, 1998/2005).

Por vezes, esta desadaptação ao seu novo corpo dever-se-á incapacidade de fazer o luto do corpo infantil, da incapacidade de desinvestir da imagem do corpo de criança (Coimbra de Matos, 2012). O adolescente adquire uma defensividade patológica face à não aceitação das mudanças e transformações corporais da puberdade e, como tal, o sujeito inibe a sua identidade sexual, não a aceita porque está mal preparado para um segundo Complexo de Édipo, rivalizando agora, não com os seus objetos primários, mas com os pares da sua faixa-etária. Esta incapacidade de elaborar o luto poderá levar a angústias e a processos de despersonalização que se devem à incapacidade de perceber, compreender e aceitar essas mesmas mudanças corporais (Campagna & Souza, 2006). Desta forma, o corpo tem um valor sexual, um valor que vai depender da forma como o adolescente percebe e imagina o que o outro de sexo oposto aprecia e deseja (Coimbra

de Matos, 2012). Esta imagem corporal permite então uma maior maturação sexual, uma forma de o adolescente descobrir e construir a sua identidade sexual.

Todas as tarefas de desenvolvimento acima referidas, caso sejam bem ultrapassadas e resolvidas, permitem o desenvolvimento normal do adolescente. Contudo, existem adolescentes que não vivem este tempo de passagem, ou porque não conseguiam ultrapassar os conflitos inerentes e estagnaram num mundo de permissividade, do agir sem as estruturas psíquicas para dar significado às suas necessidades, ou porque entraram na adultícia precocemente e não têm estruturas psíquicas suficientemente sólidas para se vingar. Fixado no risco de só poder correr riscos ou de não poder correr risco algum, viver agindo sem pensar. Um dos casos do agir, seria a gravidez na adolescência.

1.2.2. Sexualidade e gravidez na adolescência

É na adolescência e com o surgimento da puberdade que se iniciam as primeiras marcas da sexualidade do indivíduo. Todo o desenvolvimento do aparelho genitor e reprodutor e as modificações intrapsíquicas daí decorrentes vão proporcionar ao adolescente novas necessidades ao nível da sua vida sexual e amorosa (Braconnier & Marcelli, 1998/2000). Todavia, a sexualidade neste período de vida não corresponde só à maturação dos órgãos genitais, mas também de todo o seu corpo. Assim, o adolescente deverá também fazer uma elaboração mental da imagem do seu corpo. Poder-se-á dizer que uma sexualidade consolidada e uma organização sexual definitiva consistiriam num processo de várias modificações que se influenciariam entre si, nomeadamente implicaria uma organização somática, psicológica e sociológica, englobando a maturação dos órgãos genitais (Marcelli & Braconnier, 1998/2005).

Os comportamentos sexuais e toda a atividade sexual permitem satisfazer todas as suas necessidades sexuais e as manifestações dos seus fantasmas sexuais decorrentes deste período, indo desde as carícias, à masturbação, das carícias pelo corpo todo sem cópula à relação sexual propriamente dita (Canavarro & Pereira, 2001). Todavia, nem toda a atividade sexual e comportamentos sexuais são realizados numa idade em que toda a maturação sexual e a identidade sexual estejam consolidadas. Ao longo, do tempo tem-se verificado um início mais precoce das atividades sexuais, existindo alguns fatores que contribuem para tal acontecimento. A um nível biológico, a atividade sexual precoce poderá estar associada a uma puberdade precoce (Amy & Loeber, 2007). Nas raparigas,

parece estar associada a idade da menarca. Nos dias de hoje, a idade apontada para a primeira menstruação situa-se entre os 12 e os 13 anos, contudo poderá ocorrer abaixo dos 12 anos de idade (Justo, 2000). Por outro lado, fruto da nossa cultura e informação dos *mass media*, existe uma transmissão em massa de comportamentos sexuais que são desfasados a estas idades, e que por sua vez, afetam a perceção dos adolescentes sobre o significado destas diferentes expressões de intimidade sexual (Canavarro & Pereira, 2001). Ao nível psicológico, poderá estar associado um ajustamento psicológico pobre e a existência de outros comportamentos desviantes (Amy & Loeber, 2007; Canavarro & Pereira, 2001) como o fumar, consumos de álcool ou de substâncias ilícitas. Elliot e Morse (1989, cit. por Hockady, Crase, Shelley & Stockdale, 2000) afirmam que, normalmente, os adolescentes têm primeiro comportamentos desviantes, depois experimentam drogas e só depois é que se tornam sexualmente ativos. A um nível cognitivo o início da atividade sexual poderá estar associado às crenças sobre a sexualidade, que são fortemente influenciadas pela família ou pares (Canavarro & Pereira, 2000).

Amy e Loeber (2007) indicam outros fatores que poderão contribuir para um início de uma atividade sexual precoce como: um nível socioeconómico baixo, uma separação parental, uma gravidez precoce na mãe ou na irmã, falta de comunicação e informação relativamente à sexualidade entre os pais e os filhos e atividade sexual precoce dos pares. Contrariamente, fatores que contribuem de modo preventivo para uma atividade sexual precoce consistem num ambiente familiar acolhedor, boa capacidade de comunicação entre pais e filhos bem como a capacidade de auto-suficiência (Amy & Loeber, 2007).

Associado a este início de uma sexualidade e atividade sexual precoce, está uma gravidez na adolescência. A gravidez que ocorre neste período de vida vai ser vivenciada como uma dupla crise, ou seja, para além da crise normativa que decorre neste período, acresce uma gravidez, bem como todas as suas exigências físicas e reajustamentos psicológicos dela decorrente (Correia, 2005). A adolescente vê-se entre dois mundos que vão convergir num único movimento, o de estar grávida e o de ser adolescente (Correia, 2005). A adolescente depara-se com um crescimento que lhe é imposto por meios não normativos. Embora a gravidez possa constituir um meio para o crescimento desta, a verdade é que muitas vezes estas adolescentes não estão preparadas para resolver as tarefas que a maternidade lhes impõe (Figueiredo, 2001). A adolescente é obrigada a desempenhar determinados papéis e a resolver determinadas tarefas em relação à

maternidade antes de estar psicologicamente e fisicamente preparada para desempenhar tais tarefas. Este fator agrava-se quanto mais jovem for a adolescente. Temos uma pré-adolescente que rapidamente evoluiu para uma etapa da vida adulta, sem passar, ou passar de modo mais conflituoso e rápido, todas as tarefas de desenvolvimento da adolescência. Estamos, assim, perante um problema de imaturidade desenvolvimental. No qual as tarefas de uma determinada fase são impostas em relação a fase posterior, estando estas ainda por se resolver (Figueiredo, 2001).

A gravidez da adolescência consiste num problema grave, que causa uma série de perturbações, quer na adolescente, quer no meio envolvente (Braconnier & Marcelli, 1998/2000) quer na relação com o seu filho. Desta forma, ao longo dos anos, a investigação tem-se debruçado sobre esta temática e os diversos fatores, reajustamentos e consequências dela resultante. Embora em Portugal, desde 2008 até 2012¹, os dados do Instituto Nacional de Estatística (2013) indicarem uma diminuição do número de mães adolescentes, esta realidade ainda é preocupante quer para a saúde psicológica e física da adolescente como também para a saúde psicológica e física do seu filho.

A gravidez na adolescência poderá constituir um problema, problema esse que deverá ser observado por diversos fatores que se influenciam entre si. Desta forma, não seria de estranhar que o estudo da gravidez na adolescência impusesse uma abordagem multifactorial (Canavarro & Pereira, 2001; Correia, 2005; Grover & Sandhu, 2009). E, para tal, necessita-se de uma “contextualização específica porque estamos numa fase bem específica do desenvolvimento” (Correia, 2005, p.55). Assim, os fatores propícios à gravidez na adolescência poderão ser de ordem individual, familiar, relacional ou sociais (Canavarro & Pereira, 2001) biológicos (Grover & Sandhu, 2009), culturais (Hockaday et al., 2000) e de um baixo nível socioeconómico, baixo nível educativo e monoparentalidade (Figueiredo, 2000).

A um nível individual, um dos problemas que poderá levar à ocorrência de uma gravidez na adolescência pode derivar das diferentes tarefas e áreas de desenvolvimento (Figueiredo, 2001). Como foi dito anteriormente, é na adolescência que existe uma integridade da identidade sexual e da imagem do seu corpo, bem como a maturação dos seus caracteres genitais. A investigação tem indicado que quanto mais cedo as

¹ Em relação a nados-vivos. Não estão contemplados grávidas adolescentes que realizaram durante a gestação a Interrupção Voluntária da Gravidez.

adolescentes iniciam a sua atividade sexual ou exista uma maturação sexual precoce, mais propício será haver uma gravidez precoce (Canavarro & Pereira, 2001; Woodward, Horwood & Fergusson, 2000). Por outro lado, Figueiredo (2001) afirma que quanto mais esporádico for o relacionamento sexual, mais elevado é o risco de ocorrer uma gravidez. A maturidade cognitiva poderá ser outro fator que determina a ocorrência deste fenómeno. Neste período de desenvolvimento, o adolescente tem um pensamento concreto, onipotente e hipomaniaco do qual não permite entender e refletir sobre as consequências a longo prazo dos seus comportamentos sexuais de risco (Canavarro & Pereira, 2001) ou de pensar que nada lhe poderá acontecer e que a gravidez na adolescência só acontece aos outros.

A este propósito, a gravidez na adolescência está muitas vezes associada a outros comportamentos de risco, tais como o consumo de álcool, comportamentos delinquentes, perturbações do comportamento e consumo e abuso de substâncias ilícitas (Hockaday et al., 2000). Poderá, então, ser a forma agida, em consonância com os outros comportamentos de risco descritos acima, como um ataque ao corpo sem solicitude nem cuidados de proteção, um investimento medíocre do seu corpo e da sua sexualidade (Marcelli & Braconnier, 1998/2005).

Ao deparar também com uma gravidez, a adolescente deverá tomar uma decisão: se irá prosseguir com a gravidez e ficar com o bebé ou dar para adoção, caso contrário, se interrompe a mesma (Correia, 2005). No entanto, muitas vezes as adolescentes não têm maturidade cognitiva para tomar uma decisão tão importante. Esta decisão torna-se mais difícil e ambivalente quanto mais imaturas forem as adolescentes (Cordeiro, 2009).

A um nível mais psicológico, a gravidez poderá ser consequência de um vazio interno a nível afetivo da adolescente, uma falha narcísica da qual ela necessita que seja preenchida (Correia, 2005). Ou poderá ocorrer devido a uma perturbação de desenvolvimento do Eu, do qual é bastante imaturo e pouco consolidado e, necessariamente, pouco autónomo. Adolescentes que não conseguiram cumprir a tarefa de separação-individualização contêm um grau forte de dependência infantil (Cordeiro, 2009) dos seus objetos e, por conseguinte, reter um bebé permite continuar essa figura mais infantil através da projeção que fazem ao seu bebé. Por outro lado, esta carência afetiva poderá desencadear na adolescência um desejo de que alguém cuide dela, vendo

na gravidez uma forma de obter essa mesma gratificação afetiva (Marcelli & Braconnier, 1998/2005)

Contrariamente, a gravidez poderá constituir uma forma de aceder a um estatuto. Uma adolescente poderá engravidar para assim assumir a sua autonomia em relação aos seus objetos primários, assumir como uma “senhora adulta, senhora do seu corpo e do seu destino” (Braconnier & Marcelli, 1998/2000, p.120).

A nível psicológico também, podemos incluir como outro fator a personalidade, nomeadamente a baixa auto-estima (Figueiredo, 2000; Hockaday et al., 2000) a impulsividade e um locus control externo (Figueiredo, 2001). Normalmente, estas adolescentes contêm uma baixa auto-estima, de auto-conceito e de estratégias de *coping*. No entanto, Figueiredo (2000) afirma que não existem evidências empíricas consistentes sobre a correlação entre certas características da personalidade e a gravidez na adolescência.

Um outro fator a ter em conta é a diferença étnica na prevalência da gravidez na adolescência. Um estudo realizado por Hockaday e colaboradores (2000) com adolescentes de raça branca e negra concluiu que existem diferenças entre raças quanto à gravidez. As adolescentes negras apresentam maiores taxas de gravidez. Contudo, é importante ressaltar que devemos ter em conta os meios socioeconómicos e culturais em que estas adolescentes vivem.

Outro fator está relacionado com as circunstâncias de vida destas jovens, nomeadamente o abuso sexual ou outro tipo de violência. A investigação tem indicado que muitas das grávidas adolescentes também são filhas de mães que tiveram uma gravidez precoce (Braconnier & Marcelli, 1998/2000; Woodward et al., 2000) ou irmãs de mães adolescentes (Records, 1993 cit. por Canavarro & Pereira, 2001). Assume-se, assim, que ocorre uma certa transgeracionalidade do fenómeno ou da importância dos modelos maternos na formação das escolhas de fertilidade das suas filhas (Woodward et al., 2000).

Deste modo, podemos considerar que o núcleo familiar constitui um dos fatores também propensos para a ocorrência de uma gravidez na adolescência. Normalmente, estas adolescentes pertencem a famílias monoparentais ou numerosas, a famílias disfuncionais, com problemas socio-económicos (Canavarro & Pereira, 2001; Justo,

2000; Woodward et al., 2000) ou até mesmo vivendo em pobreza extrema (Hockaday et al., 2000) e com desemprego crónico (Justo, 2000).

Associado a este fator, outra circunstância associada a este acontecimento é a baixa realização académica e o abandono escolar. Muitas destas adolescentes não possuem a escolaridade obrigatória. Muitas destas adolescentes não possuem aspirações ou objetivos escolares e, por tal, deixam a escola (Hockaday et al., 2000). Pelo facto de não terem uma atitude positiva em relação à escola e aos seus percursos académicos, as adolescentes vêm na gravidez uma “forma de uma recompensa satisfatória e procuram uma via diferente de auto-satisfação, como por exemplo a gravidez” (Kaplan e colaboradores, 1979 cit. por Cordeiro, 2009, p.229).

A forma como a adolescente mantém um relacionamento com o sexo oposto e em particular com o seu companheiro amoroso consiste num fator importante na ocorrência de uma gravidez nesta etapa de vida. A investigação tem indicado que muitos dos companheiros que as adolescentes escolhem como parceiros sexuais e que são os pais dos seus filhos são na maioria homens mais velhos, com baixa educação e com profissões pouco qualificadas (Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2005), podendo também estarem envolvidos em situações delinquentes (Canavarro & Pereira, 2001). Normalmente, estas jovens começam a namorar mais cedo e tendem a ter um maior número de parceiros (Canavarro & Pereira, 2001). Estas jovens normalmente não vivem com o pai do bebé. Ao prosseguir com a gravidez, a adolescente é muitas vezes pressionada a unir-se através do casamento ou de uma união de facto com o pai do bebé. Em alguns casos esta condição aparece como contrapartida para um apoio da família (Correia, 2005).

Ao nível da saúde materna, a gravidez na adolescência acarreta várias complicações ao nível obstétrico, devido à imaturidade dos órgãos reprodutores, como por exemplo a anemia e a pré-eclampsia (Grover & Sandhu, 2009). Associado a estes problemas, poderão desencadear-se outros problemas ao nível do feto como o baixo peso à nascença, prematuridade do feto (Figueiredo et al., 2005), um elevado nível de mortalidade neonatal e atrasos no desenvolvimento do bebé (Figueiredo, 2000).

A falta de preparação das mães adolescentes para o exercício da maternidade bem como as complicações e vivências desfavoráveis têm sido considerados aspetos que podem implicar uma maior dificuldade de compreensão das mães face aos cuidados do seu bebé. Por outro lado, as mães adolescentes são menos capazes de estabelecer

interações adequadas com o seu bebé (Figueiredo, 2000) e de emitir sinais mais emocionais (Justo, 2000). Segundo Marcelli e Braconnier (1998/2005), estas mães são menos expressivas, menos positivas nas suas atitudes, têm menos vocalizações e menos momentos de atenção quando comparamos com mães mais velhas.

A qualidade dos cuidados e prestações maternas que a adolescente dá ao seu bebé nos primeiros anos de vida têm uma importância vital para o desenvolvimento e saúde mental deste (Figueiredo, 2000). No entanto, as tarefas maternas com que a adolescente se depara são provocadoras de stress e de estados de ansiedade (Carvalho, Leal & Sá, 2004), o que poderá afetar o desempenho do papel maternal (Carlos et al., 2007). Em consequência (deste stress) as mães não conseguem ter fantasias relacionadas com o bebé (Cordeiro, 2009), o que poderá estar associado a uma ausência de um projeto de maternidade (Cordeiro, 2005).

No entanto, existem certos vetores que permitem um ajustamento da mãe à maternidade e, conseqüentemente, uma maior relação e interação com o seu filho, nomeadamente: os recursos psicológicos da mãe e a preparação cognitiva para a maternidade (Canavarro & Pereira, 2001). Além disso, segundo Figueiredo (2000), existem estudos que indicam que determinadas características das mães como uma vinculação segura, recursos psicológicos e conhecimentos e expectativas realistas em relação à maternidade e ao bebé conseguem lidar melhor com a gravidez e com o papel maternal durante esta etapa de vida. Por outro lado, se as mães beneficiarem de um apoio ou suporte social, seja da família de origem, do seu companheiro ou dos amigos, conseguem ajustar melhor à sua função maternal, melhorando a qualidade de interação com o bebé bem como a capacidade de identificar os sinais do seu bebé (Carlos et al., 2007). Estudos indicam que o suporte emocional e social fornecido pelas avós permitem uma boa ligação entre a mãe e o seu bebé (Oyserman, Radin & Benn, 1993; Spieker & Bensley, 1994), sendo que muitas destas avós adotam um papel de mãe substituída (Silva & Salomão, 2003) durante a gravidez, pós-parto e puericultura (Kehily, 2012).

1.3. Ligação afetiva da mãe ao bebé

Do ponto de vista do desenvolvimento global do desenvolvimento do bebé, as relações afetivas na díade mãe-bebé são bastante importantes, daí terem um lugar de destaque nas várias pesquisas realizadas por vários autores que pretendem estudar esta temática.

Um dos temas mais estudados ao longo dos tempos pelos psicanalistas e autores psicodinâmicos corresponde à presença de uma motivação particular para estabelecer uma relação com o bebé logo nos momentos que se seguem ao parto, à que se poderá dar o nome de *Bonding* (Klaus & Kennel, 1976, cit. por Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco & Pais, 2005b), ou por preocupação maternal primária (Winnicott, 1956). Os autores que estudam esta temática teorizam que se não houver esta ligação entre os pais aos seus filhos no momento do nascimento, estes bebés quando crescerem não terão desenvolvido uma capacidade de amar o outro (Giustardi, Stablum & Martino, 2011). Pode-se dizer, então, o bebé que não é amado não poderá amar. Nesta dissertação irei utilizar o termo de *Bonding* ou de envolvimento emocional.

Este termo descreve um processo que envolve o envolvimento emocional dos pais com o filho, que se constrói inicialmente durante a gravidez, através dos movimentos de imaginação do seu bebé, e que se prolonga nos momentos após o parto quando os pais estão em contacto real com o filho (Figueiredo, et al., 2005b). O facto de a mãe poder imaginar o seu bebé ao longo da sua gravidez permite uma maior preparação de comportamentos adequados para a interação e facilita o envolvimento emocional nos momentos a seguir ao parto. Segundo Kennell e Klaus (1984) o período sensível para que a mãe se envolva emocionalmente com o seu filho corresponde a um período de várias horas ou dias após o nascimento. Assim, o *Bonding* é um processo interativo e gradual (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005a).

A fisiologia de um bebé ao nascer é totalmente funcional no sentido da sobrevivência, contudo, um bebé necessita de carinho e proteção por parte da sua mãe, para tal o bebé fornece estímulos para a sua mãe de modo a que esta se “cole” a ele (Giustardi et al., 2011).

Alguns pais, logo no início dos primeiros momentos, ou alguns dias após o nascimento do seu filho, sentem um apego ou envolvimento emocional. O *Bonding* emerge logo quando a mãe pega pela primeira vez o seu filho nos braços. “Quanto mais cedo se contacta com o recém-nascido mais rapidamente se observa o seu envolvimento emocional” (Figueiredo et al., 2005b, p.122). Estudos realizados por Figueiredo e colaboradores (2005b; 2007) concluíram que o envolvimento emocional se estabelece de imediato após o nascimento e os primeiros contactos com o bebé, existindo diferenças significativas no envolvimento emocional entre pais e mães face ao seu bebé. Contrariamente, a ligação e este

estabelecimento de um envolvimento afetivo e emocional só ocorre após vários dias de cuidados (Giustardi et al., 2011).

Paradoxalmente, pouco se sabe sobre as emoções que os pais têm quando se deparam com o recém-nascido, de como esta ligação emocional surge e se desenvolve (Figueiredo et al., 2005a; 2007).

1.3.1. Nas mães adultas

Nas mães adultas existem algumas condicionantes que poderão atrasar o estabelecimento da ligação e do envolvimento afetivo em relação ao seu filho. Uma destas condicionantes corresponde às características do parto. Zanardo, Svegliado, Cavallin, Giustardi, Cosmi e Litta (2011 cit. por Giustardi et al., 2011) afirmam que caso haja um parto difícil, com muitas dores, ou uma cesariana de urgência ou que foi prolongada, para a qual não se teve qualquer ajuda depois de realizada, poderá pôr em causa esta mesma ligação ou um atraso desta. Do mesmo modo, o uso de anestésicos, como a epidural, indica ter um impacto negativo sobre a ligação materna (Figueiredo, Costa, Pacheco e Alves, 2009). Isto poderá estar associado a uma maior inatividade dos bebés recém-nascidos que foi influenciada pela anestesia.

O contacto pele a pele após o parto parece ser um fator adjuvante para o estabelecimento desta ligação afetiva, permitindo uma melhor interação mãe-bebé (Figueiredo et al., 2009). Assim pode-se dizer que a amamentação após o parto, bem como a participação de tarefas de cuidado direto com o seu filho poderão ajudar a mãe a estabelecer esta ligação afetiva. A amamentação tem recebido um grande interesse aos olhos da comunidade científica, pois os investigadores argumentam que a amamentação permite criar uma ligação ideal entre mãe e bebé (Else-Quest, Hyde & Clark, 2003). É no momento da amamentação que a hormona oxitocina está no pico permitindo desta forma uma maior ligação e estabelecimento de um envolvimento emocional maior. Em termos psicológicos, é no momento da amamentação que a mãe está em contacto pele-a-pele com o seu filho e olha-o nos seus olhos, “apaixonando-se” por ele. Um estudo realizado por Else-Quest e colaboradores (2003) indicou que as mães que amamentavam os seus bebés tinham uma maior ligação e envolvimento emocional com os seus bebés em comparação com as mães que alimentavam o seu bebé com biberão. Por outro lado, “quanto mais a mãe está envolvida e participa nas decisões relativas ao parto, assim como nos cuidados a prestar ao bebé (...) maior é o envolvimento emocional com o filho” (Figueiredo et al., 2005a, p.135).

Contrariamente, as mães que não tiveram um contacto com o seu filho nos momentos após o parto, devido a complicações neonatais ou submetidas aos cuidados intensivos, poderão prejudicar a ligação com o seu bebé (Figueiredo et al., 2009).

Outro fator que poderá prejudicar o envolvimento emocional inicial corresponde a mães com um nível socioeconómico baixo, desemprego e baixo nível educacional (Figueiredo, et al., 2005b; 2007; 2009; Figueiredo, 2001b). Por outro lado, mães solteiras ou com histórico de problemas psicológicos tendem a interferir na relação e envolvimento afetivo mãe-bebé (Figueiredo, 2009).

O *Bonding* também está ligado às experiências anteriores das mães e do humor (Figueiredo et al., 2007, Figueiredo, 2001b). Após o parto, as mães sofrem de algumas alterações hormonais, as quais poderão alterar o seu humor e até poderão levar a sintomas depressivos. No que consta à depressão, as mães têm emoções mais negativas e intensas quando há indícios de sintomas depressivos maternos (Figueiredo et al., 2009).

Em relação com o apoio que a mãe recebe do parceiro, parece ser também um fator importante para o estabelecimento deste tipo de ligação. Assim, as mães que beneficiam de um maior apoio e de uma relação de maior intimidade positiva com o seu parceiro, normalmente têm comportamentos interativos mais adequados (Figueiredo et al., 2009) e tendem a ter comportamentos mais carinhosos e afetuosos (Kennell & Klaus, 1984).

A idade parece também ser um fator que influencia a qualidade da interação mãe-bebé. Segundo Figueiredo (2001b), têm-se verificado, em vários estudos, que as mães adultas têm interações mais adequadas com os seus bebés bem como, mais sensíveis as necessidades do bebé após o parto em relação as mães adolescentes.

1.3.2. Nas mães adolescentes

Nas adolescentes, esta ligação afetiva e o envolvimento emocional tem sido precário. Possivelmente, dadas as circunstância e particularidades deste tipo de gravidez, as mães adolescentes não tendem a ter uma ligação afetiva muito grande com os seus bebés. Isto é notório quanto às interações que efetuam. As mães adolescentes parecem não ter a capacidade de ler e de interpretar os sinais do seu bebé, o que se evidencia tanto na capacidade das suas representações como nas suas interações (Traverso, 2007) ou numa resposta que tem como função satisfazer as necessidades da própria mãe em detrimento das necessidades do seu filho (Brigas & Paquette, 2007). Muitas destas mães ainda poderão estar

envolvidas em tarefas de desenvolvimento relativas à adolescência e, desta forma, não estão preparadas para iniciar as tarefas relativas à maternidade (Figueiredo, 2001b). Esta dificuldade poderá, também, decorrer de diferentes fatores que afetarão a interação e o envolvimento afetivo da mãe adolescente com o seu filho. Um dos fatores refere-se à falta de conhecimento sobre o desenvolvimento e à natureza dos cuidados dispensados à criança (Brigas & Paquette, 2007). Assim, as mães adolescentes que ao longo da gestação não se informaram ou não se prepararam física e psicologicamente para o nascimento tendem a ter mais dificuldades de interação com os seus filhos. Existe uma dificuldade das mães adolescentes de pensar o bebé como um ser diferente do dela (Traverso, 2007).

Outro fator que pode estar em causa quanto à interação e envolvimento emocional das mães adolescentes com os seus bebés consiste nas expectativas que estas desenvolvem ao longo da gravidez e posteriormente após o parto. Segundo Traverso (2007), as mães adolescentes tendem a expectativas pouco realistas, tendem a esperar pouco deles, podendo assim influenciar negativamente as interações sobre os seus filhos. Dirami (1993, cit. por Frizzo, Kahl & Oliveira, 2005) afirma que muitas das mães não conseguem imaginar o seu bebé por inteiro, mas o facto de estarem a imaginar tais características e expectativas, a adolescente fica preparada para o papel materno e para o futuro vínculo entre mãe e bebé.

Capítulo 2: Objetivos e hipóteses gerais

2.1. Objetivo

Tendo em conta a revisão bibliográfica efetuada, entende-se que a relação afetiva das mães adolescentes com os seus filhos, nos primeiros tempos de vida deste, é muitas vezes precária. Esta relação e a ligação afetiva são importantes para o desenvolvimento mental saudável do bebé. A adolescência sendo um período de desenvolvimento importante, no qual o adolescente se depara com uma vasta gama de tarefas de desenvolvimento normativas para a passagem à vida adulta, sendo a gravidez neste período de vida uma agravante. O presente trabalho pretende perceber a importância da relação e o envolvimento emocional das mães adolescentes em relação aos seus filhos.

O principal objetivo desta investigação prende-se com a compreensão da perceção das mães adolescentes em relação ao bebé e se tal irá influenciar a ligação e relação da mãe com o seu bebé. Mais especificamente, pretende-se estudar a perceção de mães adolescentes em relação ao bebé imaginado ao longo da gravidez e ao bebé real, e como a discrepância entre essas duas perceções irá ou não influenciar a relação e o envolvimento emocional da mãe adolescente com o seu filho.

2.2. Hipóteses gerais:

Hipótese 1: A forma como as mães adolescentes vão perceber o seu bebé real em relação ao seu bebé imaginário irá influenciar a relação e o envolvimento emocional com o seu bebé.

Capítulo 3: Metodologia

3.1. Definição de Variáveis:

Hipótese 1:

Variável independente: percepção bebê imaginado vs. bebê real

Variável dependente: Envolvimento emocional da mãe adolescente relativamente ao seu bebê

Variáveis de controlo: idade, estatuto socioeconómico, tipo de parto, complicações no parto, relação com o pai do bebê, idade do pai do bebê, estatuto socioeconómico do pai do bebê, idade da gestação, peso de nascença do bebê, cuidados de saúde presentes nas primeiras 48h, problemas de saúde à nascença do bebê, tipo de parto, acompanhamento durante o parto, e aleitamento do bebê.

3.2.Operacionalização das variáveis (instrumentos)

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

O Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo III) foi desenvolvido para o presente estudo. Tem o intuito de recolher informações relevantes para o estudo, quanto a outros dados sociais, demográficos, história referente à vivência da gravidez e do parto, dados sobre o núcleo familiar e sobre o bebê. Neste, constam informações relativas ao estatuto social e conjugal (tipo de relação conjugal, anos de relacionamento atual, número de relações conjugais anteriores e número de filhos da relação atual e anteriores), o nível socioeconómico (ocupação laboral, a profissão [a sua duração e tipo de contratos], escolaridade [número de anos de estudo realizados com sucesso] e estatuto socioeconómico (determinado a partir da Classificação Social Internacional Estabelecida pelo professor Graffar), a composição do agregado familiar (número de elementos do agregado familiar de origem e atual, com quem vive e vivia, informações em relação à mãe da participante, do pai da participante e de ambos os pais enquanto casal), dados sobre o pai do bebê (idade, nacionalidade, naturalidade, ocupação laboral, escolaridade, o tipo de relação que tem com este). Dados sobre a gravidez e parto (número de gravidezes anteriores, gravidez planeada e desejada, número de semanas quanto teve a confirmação, quanto contou sobre a gravidez aos pais e ao pai do bebê, se teve acompanhamento médico, a frequência desse acompanhamento, preferências quanto ao sexo do bebê, tipo de parto, instrumentos utilizados, duração do trabalho de parto,

acompanhamento durante o parto, complicações ao nascer, cuidados de saúde, problemas de saúde, idade de gestação), dados relativos ao pós-parto (se deu de mamar ao bebê, se retirou leite e tipo de alimentação do bebê) e dados do bebê (data de nascimento, sexo, se é o primeiro filho, índice de APAGAR, peso [kg] e comprimento [cm] à nascença, idade atual do bebê [em dias] e estado de saúde atual do bebê).

3.2.2. Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real (Chagas, Maltez & Miranda, 2013)

Este instrumento foi construído com o intuito de recolher dados sobre a percepção das mães em relação ao seu bebê imaginário e o bebê real. A sua construção teve como base as leituras realizadas para a revisão bibliográfica do mesmo estudo. Este questionário (Anexo IV) é constituído por 22 itens de autorrelato, cotados de uma escala tipo “*lickert*” de 5 pontos, que varia consoante a percepção das mães em relação ao seu bebê, indo de “nada/de maneira nenhuma” até “muito/muitas vezes”. Os itens são pontuados consoante a percepção em causa, quanto mais esta estiver presente, mais elevado será o resultado

3.2.2.1. Descrição das variáveis psicométricas

Utilizando o método de extração de componentes principais, procedemos à apreciação da força das correlações, segundo a adjectivação de Kaiser verificamos que existe uma correlação média entre variáveis (Kaiser-Meyer-Olkin [KMO] = 0.855; Sig = 0.00). Em conjunto com a análise do teste de esfericidade de Bartlett (Bartlett = 2226.607; sig. = 0.000) sabemos que podemos prosseguir para a análise fatorial (Anexo XIII).

Seguidamente, tendo em conta que o número, inicial, de variáveis e apoiando-nos na fundamentação teórica, foram retidos apenas quatro através do método de extração forçada. Subsequentemente, verificamos que estes fatores explicam aproximadamente 47.84% da variância. Por conseguinte, a análise da matriz de correlações após a rotação ortogonal (com recurso ao método Quartimax, (Anexo XIII) em que são considerados significativos valores maiores ou iguais a .5%). Foi possível isolar o grupo de variáveis (itens) que explicam cada um dos fatores, eliminando os itens com valores inferiores a .5%. Assim o primeiro fator é constituído por 12 itens: 4,6,8,9,13,20,16,18,19,20,21,22; o segundo por quatro itens: 3,5,12,17; o terceiro por três itens: 1,2,7; e por último, o quarto fator por três itens: 10,11,18.

Assim, o primeiro fator corresponde à percepção da mãe acerca da diferença entre o bebê imaginário e o bebê real ao nível do contexto da interação mãe-bebê, (e.g. “Durante a

gravidez, pensava que o meu bebé iria aconchegar-se mais quando eu o pegasse ao colo”). O segundo fator corresponde à percepção da mãe acerca da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real ao nível do contexto do sono, tranquilidade e calma (e.g. “Antes de dar à luz o meu bebé, pensava que ele iria ser mais fácil de adormecer”).

O terceiro fator diz respeito à percepção da mãe acerca da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real ao nível do contexto da atividade do bebé (e.g. “Antes de o meu bebé nascer, eu pensava que ele iria ser mais comilão”). E por último, o quarto fator corresponde à percepção da mãe acerca da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real ao nível do contexto da expectativa negativa (e.g. “Antes de dar à luz, pensava que o meu bebé iria reagir de forma mais negativa à mudança de fralda”).

Após estudo da consistência interna (Anexo XV) de cada fator a partir da análise dos seus alphas de Cronbach, verificamos que a consistência do fator “percepção da mãe acerca da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real ao nível do contexto da interação mãe-bebé” é uma consistência muito alta ($\alpha = .92$). No que consta ao fator “percepção da mãe acerca da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real ao nível do contexto do sono, tranquilidade e calma”, a sua consistência é boa ($\alpha = .8$). Em relação aos fatores “percepção da mãe acerca da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real ao nível do contexto da atividade do bebé” e “percepção da mãe acerca da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real ao nível do contexto da expectativa negativa” a consistência é fraca ($\alpha = .68$) e ($\alpha = .57$), respectivamente. A consistência interna do questionário é muito alta, tendo um alpha igual a .92.

3.2.3. Escala de Ligação Mãe-Bebé (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais, 2005a)

A Escala de Ligação Mãe-Bebé (Anexo V) pretende avaliar o envolvimento emocional dos pais em relação ao bebé. A escala portuguesa foi adaptada da escala Mother-Baby Bonding Questionnaire (Taylor, Adams, Doré, Kumar & Glover, 2005), por Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais (2005a). Esta escala poderá ser tanto a mães, como a pais, na gravidez e no pós-parto. A versão portuguesa originalmente era composta por 12 itens de autorrelato, porém, devido a índices de consistência interna razoáveis, procedeu-se a remoção de um item. Desta forma, a versão final é constituída por 11 itens de autorrelato (Figueiredo, 2013a) cotados numa escala tipo “*lickert*” de 4 pontos, que varia consoante a emoção, indo de “nada” até “muito”. Os itens são pontuados consoante a emoção em causa, quanto mais esta

estiver presente, mais elevado será o resultado. Este instrumento é constituído por 3 subescalas: *Bonding* positivo (composta por 3 itens – afetuoso, protetor e alegre – que se referem à tonalidade positiva dos pais em relação ao bebé), *Bonding* negativo (constituído por 6 itens – desiludido, ressentido, desgostoso, zangado, agressivo e triste – que se referem ao envolvimento negativo os pais com o seu bebé) e *Bonding not clear* (constituído por 2 itens – neutro e receoso/medroso – que se referem a um envolvimento emocional não claro ou confuso, ou mesmo a uma ausência de um envolvimento emocional). O teste tem validade psicométrica razoável com um Alpha Cronbach= 0.71 e de fidelidade teste-reteste (Coeficiente de correlação de Spearman= 0.49, $p<0.01$) (Figueiredo et al., 2009; Figueiredo, 2013a). O resultado total da escala indica o nível de envolvimento emocional da mãe com o bebé. Este teste tem uma duração média de administração de 2 minutos.

Capítulo 4: Hipóteses específicas:

Tendo em conta o instrumento utilizado para a operacionalização da variável dependente, é notável a necessidade de formular hipóteses mais específicas, de modo a adaptar as informações recolhidas pelos instrumentos e as hipóteses gerais enunciadas.

Hipótese 1: A perceção materna da diferença entre o Bebé imaginário e o Bebé real dá um contributo significativo para a explicação da variância da variável Envolvimento emocional positivo (*Bonding* positivo).

Hipótese 2: A perceção materna da diferença entre o Bebé imaginário e o Bebé real dá um contributo significativo para a explicação da variância da variável Envolvimento emocional negativo (*Bonding* Negativo).

Hipótese 3: A perceção materna da diferença entre o Bebé imaginário e o Bebé real dá um contributo significativo para a explicação da variância da variável Envolvimento emocional não específico (*Bonding* Not Clear).

Capítulo 5. Delineamento do Estudo de Investigação

5.1. Definição da amostra e delineamento da investigação

De forma a testar as hipóteses definidas e operacionalizadas, foi constituída uma amostra à qual foi aplicado o conjunto de instrumentos enunciados anteriormente, de modo a conduzir à obtenção de dados significativos para se poder confirmar ou refutar as hipóteses formuladas. A recolha da amostra foi realizada com base nos seguintes critérios de inclusão: puérperas adolescentes com idades até aos 20 anos, com bebés até oito dias de vida.

Esta investigação teve um único momento de aplicação dos questionários às participantes. Inicialmente, apresentou-se a folha com informação acerca dos objetivos do estudo e as condições em relação à participação (Anexo I). Posteriormente, as participantes foram convidadas a assinar a declaração do consentimento informado (Anexo II).

Primeiramente, o questionário a ser preenchido foi o Questionário Sociodemográfico e Clínico, seguido do Questionário da Diferença Bebé Imaginário e Bebé Real. Por fim, seria então preenchida a Escala de Ligação Mãe-Bebé. O tempo máximo para preenchimento dos três questionários rondaria os 15 minutos.

5.2. Procedimento da Recolha da Amostra

O levantamento da amostra foi feito mediante o contacto prévio com a Direção do Centro Hospitalar de Lisboa Central, e com o Serviço de Obstetrícia da Maternidade Doutor Alfredo da Costa.

Após a sinalização pelo Serviço de Obstetrícia, procedeu-se ao contacto pessoal com as puérperas. Nesse momento informamos, individualmente, cada participante acerca dos objetivos da investigação, sendo-lhes explicado o motivo do pedido da sua colaboração.

No caso de obtenção do consentimento informado de colaboração, procedeu-se nesse mesmo momento, à aplicação dos questionários. O Questionário Sociodemográfico e Clínico foi preenchido pela investigadora, junto à participante, sempre que possível, em privado. Posteriormente, os seguintes questionários eram preenchidos pela participante, sendo que a investigadora estava presente, dando um ligeiro afastamento para garantir a privacidade.

Capítulo 6: Resultados

Para proceder à análise estatística dos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22. A análise dos resultados será organizada de acordo com as hipóteses formuladas para esta investigação. Assim sendo, primeiramente serão apresentadas as características da amostra e posteriormente apresentaremos a testagem das hipóteses específicas formuladas.

6.1. População

A amostra é constituída por 33 puérperas adolescentes, com idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos, com uma média de idades de 18.91 anos ($DP = 1.23$). Na sua maioria, eram de nacionalidade portuguesa (66.7%). Estavam numa relação com o companheiro (78.8%), esta relação poderia ser uma relação de namoro (45.5%), união de facto (25.5%) ou de casamento (1.8%), com uma média de 1.45 ($DP = 1.37$) anos de relacionamento atual. Da relação atual, 72.7% tinham um filho dessa mesma relação e 6.1% dois filhos desta relação, enquanto 24.2 % tinham um filho de relações anteriores. Relativamente à escolaridade das participantes, a média é de 9.55 anos concluídos com sucesso ($DP = 2.12$), sendo que os valores variam entre os 4 anos e os 12 anos concluídos com sucesso. Quanto ao estatuto socioeconómico, situam-se numa classe socioeconómica baixa (78.8%), sendo que 72.7% das participantes estavam na classe III da classificação do Graffar. Ao nível do estatuto laboral, 84.8% das participantes estão inativas do ponto vista laboral, visto que 51.5% das participantes estão desempregadas e 30.3% são estudantes. Antes do bebé nascer, 97.0% viviam com a família de origem com uma média de 4.47 elementos do agregado familiar ($DP = 1.67$). Atualmente a média de elementos do agregado familiar é de 3.87 ($DP = 1.31$), visto que 48.5% vivem com o companheiro que também é o pai do bebé. Porém 18.2% das participantes vivem ainda com a família de origem, 9.1% com a família de origem e com o companheiro e 6.1% com a família do companheiro e com o companheiro. As participantes que não vivem com o pai do seu filho, 12.1% têm um contacto com ele entre duas a três vezes por semana. Para uma análise mais detalhada sobre os dados da participante, ver Anexo VI.

A mãe da participante tem em média 45 anos ($DP = 6.33$), na sua maioria é de nacionalidade portuguesa (54.5%) com uma escolaridade média de 7.73 anos concluídos com sucesso ($DP = 3.95$). A idade da primeira gravidez da mãe da participante tem como média

21.48 anos ($DP = 4.60$). As mães das participantes estão na maioria no ativo do ponto de vista laboral (57.6%). Os dados da mãe da participante podem ser constatados, mais detalhadamente, no Anexo VII.

No que consta ao pai da participante, a média de idade é de 48.43 anos ($DP = 7.72$). Na sua maioria são de nacionalidade portuguesa (48.5%) com uma escolaridade média de 6.88 anos concluídos com sucesso ($DP = 3.01$). Embora os pais das participantes não estejam na sua maioria no ativo, a percentagem é bastante elevada (45.5%) (Anexo VIII).

Em relação aos dados conjugais dos pais da participante, tal como pode ser observado no Anexo IX, os pais das participantes, em maioria, estão numa relação em comum (51.5%) com uma média de 21.36 anos de relação ($DP = 6.89$). O número de filhos em comum é em média 2.52 ($DP = 1.09$). Não se verifica filhos de relações anteriores em ambos os pais.

Acerca do pai do bebé (Anexo X), este tem em média de 24.97 anos de idade ($DP = 6.83$). Na sua maioria, é de nacionalidade portuguesa (66.7%) com uma escolaridade média de 9.53 anos ($DP=2.063$) concluídos com sucesso, estando 63.6% em ativo laboral. As participantes relatam que têm uma relação muito boa e boa com o pai do bebé.

Relativamente aos dados sobre a gravidez, esta foi, na maioria, desejada tanto pela participante como por ambos (63.6%). No entanto, 75.8% das participantes indicam que não foi planeada, nem individualmente nem em conjunto. Quando tiveram a confirmação da gravidez as participantes estavam, em média nas 10.39 ($DP = 8.27$) semanas de gravidez. Quando a participante comunicou aos pais dela, estava em média nas 12.31 semanas de gravidez ($DP = 8.67$), comunicando ao pai do bebé mais cedo, em média nas 11.93 semanas de gravidez ($DP = 8.570$). Todas elas tiveram acompanhamento médico ao longo da gravidez, sendo que 63.6% tinham acompanhamento mensal. Ao longo da gravidez, só 24.2% das participantes tiveram problemas, nomeadamente anemias (12.1%), desregulamento da placenta (3%), infeção renal (3%), sífilis (3%) e tensão alta (3%), não abusos de substâncias (álcool, tabaco e drogas) ao longo da mesma. Neste período, a média do número de consultas é de 11.31 ($DP = 6.29$). A maioria das mães (63.6%) tinham preferência quanto ao sexo do bebé. Relativamente ao parto, na sua maioria, foi vaginal com epidural (66.7%). Das cesarianas realizadas, tanto com anestesia regional (15.2%) como anestesia geral (9.1%), 21.2% não estavam planeadas. Durante o parto, foi bastante elevada a percentagem de casos em que não foi utilizado nenhum instrumento (84.8%), enquanto 12.1% dos casos utilizaram ventosas e, só 3% dos casos utilizaram fórceps. A média do tempo que a participante esteve

em trabalho de parto foi de 6.27 horas ($DP = 4.23$), do qual 51.5% avaliaram como não doloroso. Durante o parto, 51.5% não tiveram acompanhamento familiar ou do companheiro. Os dados da gravidez e do parto podem ser constatados, mais detalhadamente, no Anexo XI.

Passando agora aos dados do bebê (Anexo XII), até a data da aplicação, a idade varia entre o primeiro dia de vida até ao oitavo, sendo na sua maioria com um dia de vida (48.5%) e do sexo feminino (60.6%). Os bebês nasceram, em média, com 38.45 semanas de vida ($DP = 1.56$), com um peso médio de 3152.54g ($DP = 591.46$) e um comprimento de 46.41 cm ($DP = 3.26$). O nascimento ocorreu sem complicações e sem problemas e 93.9% dos bebês estão nas enfermarias. O estado do bebê no momento da entrevista foi relatado por todas as participantes como “Saudável”. Em relação ao tipo de alimentação nos primeiros dias de vida, 93.9% das participantes deram de mamar ao bebê e 90.9% retiraram leite, sendo 93.9% alimentação exclusiva (só peito). Em 81.8% da população, o bebê era o primeiro filho.

6.2. Testagem das hipóteses

Para testar as hipóteses apresentadas, procedeu-se à análise da regressão linear, pois pretende-se analisar de que forma o *Bonding*, nas três dimensões descritas anteriormente, é explicada pela percepção materna acerca da diferença entre o bebê imaginário e o bebê real. Devido à existência de multicolinearidade, as análises em causa foram refeitas sucessivamente até que, devido à eliminação de algumas variáveis independentes foi possível apresentar um modelo final sem multicolinearidade. Ao incluir as variáveis independentes para a análise de regressão, foi necessário organiza-las em cinco modelos. Desta forma, no Modelo 1 estão incluídas variáveis relativas à participante: idade da participante; nacionalidade da participante; estatuto conjugal da participante; Graffar final; número de relações anteriores; se vivia com a família de origem ou instituição; se vive atualmente com a família (origem ou com o companheiro) ou em instituição, se vive atualmente família ou em instituição ou com o pai do filho; se vive com o pai do filho; número de pessoas da família atual. No Modelo 2 estão incluídas variáveis da mãe da participante: estatuto ocupacional da mãe da participante; N° de anos escolares concluídos com sucesso da mãe da participante. No Modelo 3 estão incluídas variáveis sobre a gravidez: se teve acompanhamento médico; n° de semanas quando teve a confirmação da gravidez; se o parto foi doloroso; o tempo de parto; o tipo de parto (vaginal vs. cesariana); quando comunicou ao pai do bebê. Por fim, no Modelo 4 estão incluídas variáveis em relação ao bebê: n° semanas que o bebê nasceu; idade do bebê, sexo do bebê. No modelo 5 estão incluídas as variáveis relativas à percepção materna da

diferença entre o Bebê imaginário e o Bebê real. Sempre que as variáveis não eram intercalares, procedeu-se a recodificação das mesmas em escalas bipolares 0 e 1.

As variáveis intervalares introduzidas como preditores na análise estatística foram submetidas aos testes de ajustamento à distribuição normal teórica (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk). A grande maioria das nossas variáveis não apresentou um desvio significativo em relação à distribuição normal. Nos casos em que se detetaram desvios significativos, a análise e inspeção dos Q-Q Plots permitiu concluir que os afastamentos em causa não têm uma magnitude que inviabilize as análises de regressão (Anexo XVI)

6.2.1. Testagem da Hipótese específica 1.

A hipótese 1 diz respeito se a perceção materna da diferença entre o Bebê imaginário e o Bebê real dá um contributo significativo para a explicação da variância da variável *Envolvimento emocional positivo (Bonding positivo)*.

Para testar esta hipótese, foram analisadas os quatro fatores e a escala completa do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real. Desta forma, podemos observar na Tabela 1 com os dados relativos ao *Bonding* positivo como variável dependente e a escala completa do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real, como variável independente que o modelo 5 não explica a variável dependente. O mesmo se processa ao nível do fator 1 (Anexo XVII - Tabela 13), fator 2 (Anexo XVII – Tabela 22) e fator 4 (Anexo XVII – Tabela 40).

Tabela 1.

Análise de regressão relativamente ao *Bonding* Positivo como Variável dependente e com escala completa do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real no Modelo 5.

Modelo	R	R ²	R ² ajust.	Erro padrão da estimativa	Estatística de mudança				
					Alteração de R ²	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.482	.233	-.176	5.335	.233	.569	8	15	.788
2	.721	.519	.149	4.537	.286	3.872	2	13	.048
3	.799	.639	.077	4.726	.120	.745	4	9	.585
4	.812	.660	-.304	5.618	.021	.123	3	6	.943
5	.815	.664	-.544	6.112	.005	.069	1	5	.803

Nota: M1 (dados sociodemográficos relativos à participante); M2 (Dados demográficos relativos à mãe da participante); M3 (dados clínicos em relação à gravidez e parto); M4 (dados clínicos relativos ao bebê); M5 (completa do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real)

Porém, quando utilizamos como variável independente o fator 3, o Modelo 5 (Tabela 2) explica 84.5% da variância (Acréscimo de $F = .185$, $p = .059$) revelando-se quase significativo.

Tabela 2

Análise de regressão relativamente ao *Bonding* Positivo como Variável dependente e com o Fator 3 no Modelo 5.

Modelo	R	R ²	R ² ajust.	Erro padrão da estimativa	Estatística de mudança				
					Alteração de R ²	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.482	.233	-.176	5.335	.233	.569	8	15	.788
2	.72	.519	.149	4.537	.286	3.872	2	13	.048
3	.799	.639	.077	4.726	.120	.745	4	9	.585
4	.812	.660	-.304	5.618	.021	.123	3	6	.943
5	.919	.845	.286	4.157	.185	5.957	1	5	.059

Nota: M1 (dados sociodemográficos relativos à participante); M2 (Dados demográficos relativos à mãe da participante); M3 (dados clínicos em relação à gravidez e parto); M4 (dados clínicos relativos ao bebé); M5 (perceção da mãe acerca da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real ao nível do contexto da atividade do bebé).

6.2.2. Testagem da Hipótese específica 2.

A testagem para a hipótese específica 2 foi realizada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é o *Bonding* Negativo e as variáveis independentes foram inseridas de acordo com o modelo enunciado anteriormente. Tal como é observado na Tabela 3, não se verificaram resultados significativos no Modelo 5.

Tabela 3

Análise de regressão relativamente ao *Bonding* Negativo como Variável dependente e com escala completa do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real no Modelo 5

Modelo	R	R ²	R ² ajust.	Erro padrão da estimativa	Estatística de mudança				
					Alteração de R ²	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.632	.400	.080	12.081	.400	1.249	8	15	.338
2	.807	.651	.383	9.896	.251	4.679	2	13	.029
3	.835	.697	.227	11.075	.046	.344	4	9	.841
4	.849	.721	-.070	13.028	.023	.168	3	6	.914
5	.871	.758	-.113	13.287	.037	.769	1	5	.421

Nota: M1 (dados sociodemográficos relativos à participante); M2 (Dados demográficos relativos à mãe da participante); M3 (dados clínicos em relação à gravidez e parto); M4 (dados clínicos relativos ao bebê); M5 (escala completa do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real)

Nesta sequência, fez-se uma análise de fator em fator, ou seja, para cada uma das dimensões da percepção materna acerca da diferença entre o bebê imaginário e o bebê real. Relativamente aos Fator 1 (Anexo XVIII – Tabela 13), Fator 2 (Anexo XVIII – Tabela 22), Fator 3 (Anexo XVIII – Tabela 31) e Fator 4 (Anexo XVIII – Tabela 40), nos modelos 5, também, não existe nenhum resultado com significância estatística.

6.2.3. Testagem da Hipótese específica 3.

A testagem para a hipótese específica 2 foi realizada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é o *Bonding Not Clear* e as variáveis independentes foram inseridas de acordo com o modelo enunciado anteriormente. Tal como é observado na Tabela 4, não se verificaram resultados significativos no Modelo 5.

Tabela 4.

Análise de regressão relativamente ao *Bonding* Negativo como Variável dependente e com escala completa do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real no Modelo 5

Modelo	R	R ²	R ² ajust.	Erro padrão da estimativa	Estatística de mudança				
					Alteração de R ²	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.616	.379	.048	2.153	.379	1.146	8	15	.390
2	.699	.489	.096	2.098	.110	1.395	2	13	.283
3	.805	.649	.102	2.091	.160	1.023	4	9	.446
4	.919	.844	.403	1.705	.196	2.511	3	6	.155
5	.919	.845	.289	1.861	.001	.038	1	5	.853

Nota: M1 (dados sociodemográficos relativos à participante); M2 (Dados demográficos relativos à mãe da participante); M3 (dados clínicos em relação à gravidez e parto); M4 (dados clínicos relativos ao bebê); M5 (escala completa do Questionário da Diferença Bebê Imaginário e Bebê Real)

Nesta sequência, fez-se uma análise de fator em fator, ou seja, para cada uma das dimensões da percepção materna acerca da diferença entre o bebê imaginário e o bebê real. Relativamente aos Fator 1 (Anexo XIX – Tabela 13), Fator 2 (Anexo XIX – Tabela 22), Fator 2 (Anexo XIX – Tabela 31) e Fator 4 (Anexo XIX – Tabela 40) não existe nenhum resultado com significância estatística.

6.3.4. Outras Variáveis com Poder Explicativo em relação à Variável Dependente

6.3.4.1. Sub-escala *Bonding* Positivo

Embora na hipótese específica 1 a variável dependente da percepção materna acerca da diferença do bebê imaginário e do bebê real não ter contribuído significativamente, se observarmos atentamente, o modelo 2 (Anexo XVII), que corresponde aos dados da mãe materna, apresenta níveis de significância interessantes (Acréscimo de $F = .129$, $p = .048$), onde a variável “estatuto ocupacional da mãe da participante” evidencia um nível significativo ($p = 0.45$).

6.3.4.2. Subescala *Bonding* Negativo

Quando consideramos as variáveis relativas à mãe da participante numa primeira análise, verificamos que a variável “Escolaridade da mãe da participante (número de anos terminados com sucesso)” tem poder explicativo face ao tipo de “*Bonding* Negativo” ($p = .029$) (Anexo XVIII). No entanto, quando são introduzidas variáveis relacionadas com a

gravidez e com o recém-nascido, a “Escaridade da mãe da participante (número de anos terminados com sucesso)” perde o seu poder explicativo. A variável da participante “Estatuto conjugal [numa relação ou não]” acrescenta um valor explicativo quando são introduzidas as variáveis da mãe da participante ($p = .049$).

6.3.4.3. Subescala *Bonding Not Clear*

Quando consideramos as variáveis relativamente aos dados do bebé, numa primeira análise verificamos que a variável “número de semanas que o bebé nasceu” tem poder explicativo face ao tipo de “*Bonding Not Clear*” ($p = .05$) (Anexo XIX).

Capítulo 7. Discussão dos resultados e Conclusão

Tendo em conta as análises de regressão realizadas entre as variáveis em causa, podemos concluir que a primeira hipótese foi parcialmente confirmada. Assim, podemos dizer que o *Bonding* Positivo é parcialmente explicado pela perceção da mãe acerca da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real ao nível do contexto da atividade do bebé, ou seja, as atividades que a mãe realiza com o seu bebé poderão influenciar positivamente o envolvimento emocional positivo por parte da mãe ao seu bebé, sendo que o contacto da mãe com o seu bebé, através de um contacto pele-a-pele, da amamentação após o parto e da participação em tarefas de cuidado direto com o seu filho (Figueiredo, et al., 2009) mas, também, as carícias, permite que os pais tenham uma maior ligação afetiva com o seu bebé (Giustardi et al., 2011).

Além disso, as análises relativas às outras variáveis independentes permitem-nos refletir no facto de que as mães das participantes, nomeadamente, se estão ou não ativas laboralmente, irá influenciar o *Bonding* positivo das suas filhas em relação ao seu bebé. Este resultado vai, em parte, de acordo com a literatura encontrada. Se pensarmos que muitas das adolescentes que participaram neste estudo estão na sua maioria inativas a nível laboral, elas dependem de fontes de rendimentos dos mais próximos, isto é, o companheiro e a família de origem. Ora, tanto o companheiro como a mãe da participante estão, na sua maioria, no ativo, sendo uma fonte de apoio fundamental para a participante. Visto que o comportamento dos pais para com os filhos é determinado por diversos fatores, nomeadamente o apoio recebido (Figueiredo, 2013) é razoável concluir pela importância do estatuto ocupacional sobre alguns aspetos do bem-estar das mães adolescentes. Desta forma, os suportes sócio-emocionais fornecidos pelas avós, podem ser significativos tanto para a mãe do bebé como para o bebé.

Talvez pelo facto de que quase todas as participantes viverem em família (seja construída ou de origem), a avó assumiria um papel de mãe substituta, adotando uma função de cuidado e de apoio (Silva & Salomão, 2003), tanto ao longo da gravidez, do pós-parto e puericultura (Kehily, 2012). Porém, Canavarro e Pereira (2001), alertaram para as implicações, tanto negativas como positivas, deste suporte familiar. Por um lado, a adolescente que recebe o apoio, tenderá a ficar com menor nível de ansiedade e de tensão (Carvalho et al., 2004) e conseqüentemente, menos sobrecarregada pelas exigências inerentes à maternidade. Desta forma, a mãe adolescente, terá maior disponibilidade para cuidar do bebé e maior facilidade nos cuidados maternos (Carlos et al., 2007). Por outro lado, o facto da

avó prestar maior auxílio na prestação de cuidados, poderá por em causa a autonomização da adolescente em relação ao seu papel materno (Canavarro & Pereira, 2001).

Desta forma, a prestação de cuidados da avó perante os seus netos poderá ter uma influência a nível da dinâmica familiar (Oyserman et al., 1993) bem como na ligação emocional mãe-bebé (Spieker & Bensley, 1994).

Contudo, temos de ter em conta que, não só na nossa amostra, o *Bonding* Positivo tem resultados geralmente positivos melhores, isto é, resultados que apontam para uma vivência da relação mãe-bebé num sentido socialmente desejável (Figueiredo, 2000).

Em relação à segunda hipótese específica, e tendo em conta a nossa análise de regressão, é-nos forçoso concluir que esta hipótese não foi de todo confirmada. Podemos, assim, concluir que a perceção materna acerca da diferença entre o Bebé imaginário e o Bebé real, por si só, não explica o *Bonding* Negativo. Estes resultados vão, em parte, de acordo com a literatura encontrada, se tivermos em consideração que, após o nascimento, a elaboração do luto (Bydlowski, 2001) e a adaptação da mãe às características específicas do bebé real (Brazelton & Cramer, 1989/2007) permite uma boa ligação entre mãe e bebé. Por outro lado, temos que ter em conta os avanços tecnológicos a nível das ecografias. Os pais podem ver o seu feto com maior nitidez, permitindo deste modo uma interação pais-feto mais precocemente. Esta intimidade, que se constitui através do acesso às informações relativas ao feto, determinam o padrão de interação precoce entre pais e feto que se tende a prolongar após o parto. Ora se durante a gravidez, as representações maternas modificam-se e, tendem a ser cada vez mais próximas ao bebé real, quando o bebé nascer, menor será a disparidade entre bebé imaginário e bebé real e, consequentemente, maior será a adaptação da mãe às características do seu bebé, levando ao estabelecimento de uma melhor relação mãe-bebé. Desta forma, conhecer o bebé antes do nascimento, traz implicações para a construção da representação do bebé, da maternidade e para a atual relação mãe-bebé (Piccinini et al., 2004).

No entanto, será importante continuar a investigar este tópico, tentando perceber que outras variáveis poderão contribuir de forma significativa para a explicação da hipótese. Quando se articulam as variáveis independentes das hipóteses referidas anteriormente, conseguimos dois resultados significativos. Desta forma, essas duas variáveis independentes assumem uma capacidade explicativa mais pronunciada em relação ao *Bonding* Negativo. Ao analisar a variável “Estatuto conjugal” e se tivermos em conta a literatura encontrada,

segundo a qual este estatuto irá influenciar o envolvimento emocional materno, as mães mais vulneráveis terão tendência a permitir que a característica da sua conjugalidade interfira na relação e envolvimento afetivo mãe-bebé (Figueiredo, 2009). Desta forma, o companheiro tem um papel fundamental na prestação de apoio tanto ao longo da gravidez, como também no exercício das funções maternas. Este resultado poderá ainda ser reforçado se virmos que na maioria das vezes o bebé, embora não estava planeado, foi desejado não só pela mãe, mas pelo casal. Permitindo, desta forma, que a mãe percecionasse um apoio, instrumental, e emocional, por parte do pai e, consequentemente, uma boa relação conjugal. Ambos os fatores interferem significativamente na qualidade de interação que a mãe mantém com o seu bebé (Figueiredo, 2001a), e para o exercício do papel maternal (Frizzo et al., 2005).

Relativamente à variável “Escolaridade da mãe da participante”, pensa-se que possa estar associada à variável “Estatuto ocupacional da mãe”. Este estatuto pode ser importante, não só, pelas implicações nos recursos físicos disponibilizados às famílias, mas também pelas consequências emocionais que dele podem advir. Provavelmente, as mães adolescentes que se relacionam com uma mãe activa do ponto de vista laboral podem ter melhores oportunidades de estabelecerem uma identificação positiva. Não seria surpreendente se esta identificação feminina transgeracional tivesse uma influência favorável na ligação mãe adolescente-bebé. Segundo Abreu e colaboradores (1997, cit. por Silva e Salomão, 2003) ao tornarem-se mães, estas adolescentes encontraram uma definição de maternidade através da figura da sua própria mãe. Assim sendo, a adolescente apreende o papel materno através da observação e relação que teve ou têm com a sua própria mãe. O apoio prestado pela avó para o seu neto constitui uma condição favorável para uma ligação positiva entre mãe e bebé (Spieker & Bensley, 1994).

Se tivermos em conta, o que foi referido anteriormente sobre o contacto das mães com os seus filhos após o parto ser imprescindível para o estabelecimento de uma ligação com o seu bebé, podemos verificar algo importante. Embora a hipótese 3 não seja confirmada, se analisarmos as variáveis independentes, verificamos que a variável “número de semanas com que o bebé nasceu” tem um poder explicativo significativo face ao *Bonding Not Clear*. Ora, se um bebé nascer de pré-termo, o contacto que a mãe irá estabelecer com ele será prejudicado e, consequentemente, a ligação com o seu bebé também (Figueiredo et al., 2009). Com o resultado que obtivemos, podemos observar que, independentemente do momento do contacto, a explicação estatística dos aspectos nem positivos nem negativos da relação precoce pode ser influenciada pela idade de gestação no momento do parto. Quer dizer, os

bebés recém-nascidos com mais tempo de gestação apresentam uma maturidade mais evoluída, comportamentos mais diferenciados e, possivelmente, são mais gratificantes para a sensibilidade materna.

Em forma de conclusão, embora estatisticamente as nossas hipóteses não tenham sido totalmente comprovadas, conseguimos encontrar algumas evidências relativamente importantes. É possível observar que, aparentemente, as mães adolescentes têm um envolvimento positivo aquando têm um contacto com o seu bebé e que esse contacto envolve atividade. Por outro lado, podemos averiguar que a ligação materna das mães adolescentes em relação aos seus bebés não é determinada por um fator, mas por diversos fatores que, provavelmente, se influenciam entre si.

Como limitações, podemos salientar o facto de a nossa amostra ser de diminuto tamanho, no sentido em que se tratava de uma amostra com características específicas, sendo, por isso, difícil de alcançar, para além de todas as condicionantes associadas ao tempo despendido. Assim sendo, devido a este aspeto, todas as interpretações aqui apuradas devem ser lidas com cuidado. Outro aspeto a ter em conta é a idade das participantes, sendo que uma variação entre 15 e 20 anos de idade, no universo da adolescência, distorce os valores no sentido mais elevado. Esta amostra constituída por mães quase jovens adultas resultou da dificuldade de encontrar mães suficientes para a realização da investigação, havendo necessidade de alargar o limite de idades das mães para a recolha. Por outro lado, temos que salientar as condições da recolha da amostra. Algumas recolhas foram realizadas em ambientes ideais, em que a privacidade e o sossego eram garantidos, enquanto outras foram realizadas junto dos bebés ou nas enfermarias de puérperas junto de outras puérperas, devido ao seu próprio desejo ou dificuldades de movimentação.

Para futuras investigações, seria interessante aumentar o número de amostra de forma a obter conclusões mais seguras. Seria, de igual modo, interessante conjugar e analisar as puérperas com mães institucionalizadas de modo a verificar as diferenças entre a ligação mãe bebé e as diferentes perceções maternas em relação ao bebé imaginário e ao bebé real.

Bibliografia

- Ammaniti, M., Baumgarter, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Journal*, 13, 167-182.
- Atluru, A., Appleton, K., & Plavsic, S. (2012). Maternal-fetal Bonding: Ultrasound imaging's role in enhancing this important relationship. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 6, 408-411.
- Boyer, J. P., & Porret, Ph. (1991). L'échographie et l'attente d'un enfant: mise en question du concept de deuil de l'enfant imaginaire et de ses utilisations. *Neuropsychiatrie de L'Enfance*, 39, 72-77.
- Braconnier, A., & Marcelli, A. (2000). *As mil fases da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (2007). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brigas, M., & Paquette, D. (2007). Estudo pessoa-processo-contexto da qualidade das interações entre mãe-adolescente e seu bebê. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1167-1174.
- Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Médecine & Hygiène*, 13, 41-52.
- Campagna, V., & Souza, A. S. L. (2006). Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, 56, 09-35.
- Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: uma discussão teórica do ponto de vista psicológico. *Análise Psicológica*, 1, 15-35.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: perspetivas teóricas. In M.C. Canavarro (Eds), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.323 -354). Coimbra: Quarteto.

- Canavarro, M.C. (2001). Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Eds), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.17-47). Coimbra: Quarteto.
- Carlos, A.I., Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C., & Bentes, M. H. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*, 2, 183-194.
- Carvalho, A., Leal, & Sá, E. (2004). Adolescência e gravidez: auto-estima e ansiedades em grávidas adolescentes. In E. Sá (Eds). *A maternidade e o bebé* (pp. 45-68). Lisboa: Fim de século.
- Coimbra de Matos, A. (1996). Percursos da identidade: processos transformadores. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 11, 23-32.
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Cordeiro, J. C. D. (2009). O desenvolvimento psicológico do adolescente. In J. C. D. Cordeiro (Eds), *Manual de psiquiatria clínica* (pp.209-242). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cordeiro, J. C. D. (2009). Psicologia e psicodinamia da gravidez. In J. C. D. Cordeiro (Eds), *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 115-128). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Correia, M. J. (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In I. Leal (Eds). *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.49-58). Lisboa: Fim do século.
- Delarouche, P. (2006). *A Adolescência: desafios clínicos e terapêuticos*. Lisboa: Climepsi.
- Else-Quest, N.M., Hyde, J.S., & Clark, R. (2003). Breastfeeding, Bonding, and the mother-infant relationship. *Merrill-Palmer Quartely*, 49, 495-521.
- Ferrari, A., Piccinini, C., & Lopes, R. (2007). O bebé imaginado na gestação: aspetos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12, 305-313.
- Ferrari, A., Piccinini, C.A., & Lopes, R. (2006). O narcisismo no contexto da maternidade: Algumas evidências empíricas. *PSICO*, 35, 271-278.

- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4, 485-498.
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 221-238.
- Figueiredo, B. (2001a). Interação mãe-bebé: enquadramento histórico e conceptual. In B. Figueiredo (Eds). *Mães e bebés* (pp.1-15). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Figueiredo, B. (2001b). Interações mãe-bebé: determinantes. In B. Figueiredo (Eds). *Mães e bebés* (pp.59-117). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista Centro de Estudos da População Economia e Sociedade*, 12, 83-102.
- Figueiredo, B. (2013a). Escala para avaliar o envolvimento emocional de mães e pais com o bebé. In B. Figueiredo (Eds). *Mães e pais: envolvimento emocional com o bebé* (pp.120-126). Braga: Psiquilibrios.
- Figueiredo, B. (2013b). Paradigma empírico para o estudo da parentalidade. In B. Figueiredo (Eds). *Mães e pais: envolvimento emocional com o bebé* (pp.33-98). Braga: Psiquilibrios.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal & Child Health Journal*, 13, 539-549.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Mother-to-infant and father-to-infant. *Early Child Development and Care*, 177, 521-532.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005a). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologia*, 40, 133-154.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005b). Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36, 121-131.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: diferentes circunstâncias de risco? *Acta Médica Portuguesa*, 18, 97-105.
- Frizzo, G., Kahl, M. & Oliveira, E. (2005). Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. *PSICO*, 36, 13-20.

- Gibbins, J., & Tomson, A. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17, 302- 313.
- Giustardi, A., Stablum, M., & Martino, A. (2011). Mother infant relationship and Bonding myths and facts. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24, 59-60.
- Gomes, A. G., & Piccinini, C. A. (2010). A ultrassonografia obstétrica e as suas implicações para a relação materno-fetal. *Interação Psicológica*, 14, 139-150.
- Grover, N., & Sandhu, K. (2009). Teenage Pregnancy: too much too Soon. *South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology*, 1, 41-43.
- Hockaday, C., Crase, S. J., Shelley, M. C., & Stockdale, D. F. (2000). A prospective study of adolescent pregnancy. *Journal of Adolescence*, 23, 423-438.
- I.N.E. (2013). *Nados-vivos de mães adolescentes (N.º) por Idade da mãe; Anual*, Dados estatísticos, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. (retirado de: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2) em 14/11/2013
- Ilicali, E. T., & Fisek, G. O. (2004). Maternal representations during pregnancy and early motherhood. *Infant Mental Health Journal*, 25, 16–27.
- Ji, E., Pretorius, D., Newton, R., Uyan, K., Hull, A., Hollenbach, K., & Nelson, T. (2005). Effects of ultrasound on maternal-fetal Bonding: a comparison of two- and three-dimensional imaging. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 25, 473–477.
- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 97-147.
- Kehily, M. (2012). Young motherhood in a changing maternal world. *Educação, Sociedade & Culturas*, nº 37, 7-21.
- Kennell, J. H., & Klaus, M. (1984). Mother-infant Bonding: weighing the evidence. *Development Review*, 4, 275-282.

Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1992). A família durante a gravidez. In M.H. Klaus & J.H. Kennell (Eds.), *Pais/bebê: a formação do apego* (pp.21-42). Porto Alegre: Artes médicas.

Lara-Carrasco, J., Simard, V., Saint-Onge, K., Lamoureux-Tremblay, V., & Nielsen, T. (2013). Maternal representations in the dream of pregnant woman : a prospective comparative study. *Frontiers in psychology*, 4, 1-13.

Lebovici, S. (1988). Fantasmatic interaction and intergenerational transmission. *Infant Mental Health Journal*, 9, 10-19.

Lebovici, S. (1995). Les interactions fantasmatiques. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2, 94-98.

Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.

Mascoli, L. (1990). Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: Abordagem psicológica a puérperas em isolamento e no pós-parto. *Análise Psicológica*, 4, 377-388.

Matos, M. (2005). *Adolescência: representação e psicanálise*. Lisboa: Climepsi.

Monforte, M., & Mineiro, A. (2006). As vivências da mulher durante a gravidez. *Maternidade*, 16, 17-23.

Oyserman, D., Radin, N. & Benn, R. (1993). Dynamics in Three-generational family: teens, grandparents, and babies. *Development Psychology*, 29,564-572.

Pearce, H., & Ayers, S. (2005). The expected child versus the actual child: implications for the mother-baby bond. *Journal and Reproductive and Infant Psychology*, 23, 89-102.

Piccinini, C. A., Ferrari, A. G., Levandowski, D. C., Lopes, R. S., & Nardi, T. C. (2003). O bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas. *Interações*, 8, 81-108.

Piccinini, C. A., Gomes, A.G., Moreria, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 223-232.

Relvas, A. (2004). Família com filhos pequenos. In A. Relvas (Eds). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*, (pp. 75-112). Porto: Edições Afrontamento.

Silva, D. & Salomão, N. (2003). A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebés. *Estudos de Psicologia*, 8, 135-145.

Soifer, R. (1986). Ansiedades na situação de parto. In R. Soifer (Eds) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (pp.51-62). Porto Alegre: Artes Médicas

Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T. Brazelton, B. Cramer, L. Kleisler, R. Shappi & M. Soulé. *A dinâmica do bebé* (pp. 132-167). Porto Alegre: Artes médicas.

Sousa, S. (2004). *Estilos de comunicação pais-bebé*. Lisboa: Climepsi.

Spieker, S. J. & Bensley, L. (1994). Roles of living Arrangements and grandmother social support in adolescent mothering and infant attachment. *Development Psychology*, 30, 102-111

Traverso, P. (2007). Dos madres adolescentes, dos vínculos: qué marca la diferencia?. *Revista de Psicología*, 15, 59-80.

Traverso-Yépez, M. A., & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: Esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, 14, 133-147.

Winnicott, D. (1956). Preocupação materna primária. In D. Winnicott (Eds). *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. (pp. 491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Woodward, L. J., Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Teenage Pregnancy: cause for concern. *New Zealand Medical Journal*, 114, 301-303.